

Stahlhart: Männer und erektile Dysfunktion

Kapella, Olaf

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kapella, O. (2003). *Stahlhart: Männer und erektile Dysfunktion*. (Working Paper / Österreichisches Institut für Familienforschung, 34). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-57874-6>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

working paper



Österreichisches Institut für Familienforschung
Austrian Institute for Family Studies

Nummer

34 – 2003

Titel

**„STAHLHART – MÄNNER UND EREKTILE
DYSFUNKTION“**

Autor

Olaf Kapella

working papers have only received limited review

ÖIF, Gonzagagasse 19/8, A-1010 Wien
Tel. +43-1-535 14 54-0
Fax +43-1-535 14 55
url: <http://www.oif.ac.at>
email: team@oif.ac.at

P.b.b.: Verlagspostamt 1010 Wien; DVR: 0855561

„Die Finanzierung der Wissenschaft durch die pharmazeutische Industrie fördert ein essentialistisches, biomedizinisches Modell von Sexualität, das die Beziehungsabhängigkeit sexueller Erfahrungen, die soziale Konstruiertheit von Sexualität und den Einfluß soziokultureller Faktoren weitgehend ausblendet.“
(Tiefer 1998, S. 349)

Die vorliegende Zusammenstellung grundlegender und aktueller Diskussionen zur männlichen Sexualität und zur erektilen Dysfunktion entstand im Rahmen eines Consulting-Projektes für die Firmen Bayer und Glaxo Smith Kline zur Einführung des neuen PDE 5-Hemmers, Levitra® - zur Behandlung der erektilen Dysfunktion.

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf einzelne Aspekte, die dem Autor im Hinblick auf das Hauptthema des Projektes – erektile Dysfunktion - wichtig erschienen und versteht sich nicht als umfassendes Werk.

Das vorliegende Paper umreißt auf Basis bestehender Arbeiten das Thema sexuelle Funktionsstörungen mit besonderem Fokus auf der männlichen Sexualität und im speziellen der erektilen Dysfunktion. Der Bericht inkludiert eine Literaturrecherche mit Stand 2002.

In der Zusammenarbeit mit beiden Firmen zeigte sich die Bereitschaft, die Sexualität und sexuelle Funktionsstörungen in einem größeren Kontext zu betrachten, als wie dem rein biologisch, funktionalen. Diese Betrachtungsweise kann im Sinne der PatientInnen nur begrüßt werden.

Olaf Kapella

Inhalt

1. Männliche Sexualität.....	4
1.1 Männliche Sozialisation.....	4
1.2 Der Mann und sein Penis.....	6
2. Sexuelle Funktionsstörungen allgemein.....	11
3. Erektile Dysfunktion	17
3.1 Diagnostik – Definition der erektilen Dysfunktion	17
3.2 Ursachen der erektilen Dysfunktion.....	24
3.3 Prävalenz der erektilen Dysfunktion	29
3.4 Behandlung der erektilen Dysfunktion.....	31
4. Verwendete Literatur	39
Deutschsprachige Literaturrecherche	41

1. Männliche Sexualität

1.1 Männliche Sozialisation

„Der Mann mit einem „gebrochenen Penis“ lebt heute nun aber in einer erfolgs- und leistungsorientierten globalen Industriegesellschaft und in einer rücksichtslosen Medienwelt, in der alles als machbar dargestellt und auch erwartet wird. Er kommt „medienvorgebildet“ in die Praxis und erwartet möglichst rasch und von der Partnerin unbemerkt eine Reparatur dieses kleinen aber so wichtigen Organes, am liebsten durch „eine Tablette“.
(Fröhlich 1998, S.204)

Um die Sozialisation eines Menschen zu erklären, stehen ganz unterschiedliche Ansätze und Theorien zur Verfügung. Angefangen von soziologischen Erklärungsansätzen, bis hin zu psychologischen Theorien, wie z.B. die soziale Lerntheorie, die Theorie der kognitiven Entwicklung oder die klassische Psychoanalyse. In der vorliegenden Arbeit wird auf die einzelnen Sozialisationsbedingungen nicht eingegangen, da sie nicht Gegensatz der Arbeit sind und den Rahmen bei weitem sprengen würden.

Allerdings ist für die Auseinandersetzung mit der erektilen Dysfunktion, als sexuelle Funktionsstörung des Mannes, ein Hintergrund über typische männliche Sozialisationsbedingungen unumgänglich. Nur so kann das Phänomen in seiner Gesamtheit erfasst werden.

Die traditionelle Männerrolle ist nach wie vor das vorherrschende Leitbild, auch für den heutigen Mann. Zentrale Aspekte dieses Männerbildes sind Leistung, beruflicher Erfolg, Macht und Herrschaft, Kontrolle und Rationalität sowie die Maskulinität. Walter Hollstein, Männerforscher, beschreibt die Analyse des Amerikaners James M. O'Neil zu spezifischen männlichen Problematiken. O'Neil hat auf der Basis von medizinischen, psychologischen und sozialmedizinischen Untersuchungen sechs Konfliktfelder von Männer herausgefiltert:

Männliche Konfliktfelder nach O'Neil

1. Die Einschränkung des Gefühlslebens
2. Die Homophobie
3. Die Kontroll-, Macht- und Wettbewerbszwänge
4. Das gehemmte sexuelle und affektive Verhalten
5. Die Sucht nach Leistung und Erfolg
6. Die wenig sorgsame Gesundheitspflege

(Hollstein 1993, S. 11)

Diese Konfliktfelder zeigen sehr gut, wie umfassend und vielschichtig die unterschiedlichen Faktoren sind, die Männer in ihrer Rolle prägen und belasten können. Ein wichtiger Bereich der „Rolle Mann“ ist seine Sexualität. Auch hier spielen diese Konfliktfelder eine große Bedeutung. So ist vor allem die Sucht nach Leistung und Erfolg ein stark beteiligtes Element bei der Entstehung von erektiler Dysfunktion. Der Mann neigt dazu, seine Potenz als Maßstab für seine Leistung zu sehen. „Immer wieder wurde das Selbstwertgefühl von Männern mit ihrer Potenz (Erektionsfähigkeit) in Zusammenhang gebracht. Der Mann soll die Macht und Kontrolle über seinen und den Körper der Frau haben, eine möglichst gute Leistung erbringen, eine möglichst lang anhaltende Erektion haben, seine Frau möglichst gut stimulieren und möglichst zum Orgasmus bringen.“ (Richter-Appelt 2001, S. 273)

Vor allem älter werdende Männer haben mit dem natürlichen Nachlassen der Potenz und der damit verbundenen Unfähigkeit, nicht mehr ihren „Mann stehen zu können“, oft Probleme. Aber auch die Einschränkung des Gefühlslebens und die oft gehemmte emotionale Seite des Mannes spielen in der Ausprägung und vor allem im Umgang und in der Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen eine große Rolle.

Wie „gesund“ und mit seiner Persönlichkeit/Identität im Einklang ein Mann lebt, hängt sehr stark davon ab, wie er mit den unterschiedlichen Rollenerwartungen an sich selber und von anderen zurecht kommt und es schafft, diese in seinem Leben zu integrieren.

Auch Pleck betont in seinem „Gender Role Strain“-Paradigma den starken normativen Einfluß der Maskulinität auf die männliche Rolle. In seinem Ansatz begründet er die negativen Einflüsse der männlichen Geschlechtsrolle auf die psychische und physische Gesundheit von Männern. „Negative Konsequenzen, Fehlanpassungen und psychische Beeinträchtigungen entstehen hierbei aus dem sozialen Druck, sich an den Rollenvorgaben und den Maskulinitätsideologien (masculine ideology), wie Pleck die Rollenvorschriften für Männer bezeichnet, zu orientieren und sich dementsprechend zu verhalten.“ (Thiele 2000, S. 126) Thiele fasst Pleck's Ansatz folgendermaßen zusammen:

„Pleck unterscheidet dabei insgesamt drei Quellen der Beeinträchtigung, die mit der normativen Kraft der maskulinen Rollenideale in Zusammenhang stehen – Trauma-, Dysfunktions- und Diskrepanzstress.

Trauma – Stress umfasst die psychischen Verletzungen, die aus einer an maskulinen Rollenidealen orientierten Sozialisation oder einer entsprechenden Erziehung von Jungen zu Männern resultieren. ...

Dysfunktions-Stress umfasst die negativen Effekte, die mit männlichen Verhaltensweisen per se verknüpft sind. Die zentrale Annahme ist, dass die Orientierung an maskulinen Rollenidealen direkt negative Konsequenzen für die psychische und körperliche Gesundheit der Männer mit sich bringt, da die Verhaltensweisen, die von den maskulinen Standards nahegelegt werden, dysfunktional sind und sich negativ auf die Männer selbst oder auf andere auswirken können. ...

Diskrepanz-Stress ... entsteht nach Pleck dann, wenn das reale Selbstkonzept, die individuelle Ausstattung mit kognitiven und körperlichen Fähigkeiten, die Persönlichkeitsstruktur, oder aber das aktuelle und situative Verhalten eines Mannes nicht mit den normativen Rollenbildern übereinstimmt. Die Diskrepanz zwischen den maskulinen Geschlechtsrollenstandards und den individuellen Charakteristika eines Mannes kann unter diesen Umständen zu einem niedrigen Selbstwertgefühl oder anderen negativen psychischen Konsequenzen führen. Pleck (1981) geht in seinen Grundannahmen zum „Gender Role Strain“ – Paradigma davon aus, dass (a) die maskulinen Rollenvorschriften selbst heterogen sind und dass (B) der Anteil der Männer, die diese Vorschriften in ihrem aktuellen Verhalten verletzen, relativ hoch ist. Zugleich sei aber (c) der soziale Druck für Männer im Vergleich zu Frauen sehr viel höher, sich entsprechend der geschlechtstypischen Rollenvorgaben zu verhalten. Somit sind auch (d) die negativen Konsequenzen und sozialen Sanktionen für Männer sehr viel gravierender, wenn sie „unmännliches“ Verhalten zeigen.“

(Thiele 2000, S. 126+127)

Die Sozialisation und die Entwicklung des Menschen und somit auch des Mannes läuft in unterschiedlichen Entwicklungsstufen ab. Jede Entwicklungsstufe hat ihre spezifischen Herausforderungen. Vereinfacht: In der Kindheit und in der Jugendzeit lernt der Mann grundlegendes über seine männliche Rolle. Diese verfestigt sich in seinen frühen Erwachsenenjahren. Bereits im mittleren und vor allem im höheren Lebensalter muß er diese verfestigten Rollenvorgaben wieder hinterfragen und sich neu mit diesen auseinandersetzen. Dies wird besonders am Beispiel der erektilen Dysfunktion deutlich, die in diesen Lebensabschnitten verstärkt auftritt.

Textor beschreibt in besonders detaillierter Weise, mit welchen unterschiedlichen Herausforderungen sich ein Mann im mittleren Lebensalter, in seinem Leben und in seiner Partnerschaft, konfrontiert sieht.

„So müssen nach Textor (1998) in dieser Phase des Ehezyklus unter anderem die ‚Empty-nest‘-Situation, die geringer werdende körperliche und sexuelle Leistungsfähigkeit, die scheinbar abnehmende Attraktivität, die ‚Midlife crisis‘ und das Klimakterium verarbeitet, die Weiterentwicklung von Paaridentität, Interaktionsmustern und Beziehungsdefinitionen vorangetrieben, die Wiederbelebung der Ehebeziehung durch Suche nach neuen gemeinsamen Interessen, Gesprächsthemen und Aktivitäten gefördert, die Bindung und Zuneigung trotz größerer Veränderungen beim Partner aufrechterhalten, die Suche nach neuen Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung und die gemeinsame Neubestimmung der Außenbeziehung zu den eigenen Eltern, den erwachsenen Kindern, Schwiegerkindern, Freunden und Bekannten durchgeführt und die Übernahme von Hilfs- und Pflegeleistungen für die alternden (Schwieger-) Eltern gewährleistet werden.“ (Martin & Schmitt 2000, S. 81-82)

Die Herausforderungen des höheren Lebensalters eines Mannes beschreibt Martin damit, das nach dem „... Eintritt in das Rentenalter die Aufgabenverteilung neu verhandelt und eine befriedigende Form der Tagesgestaltung gefunden werden“ muß. „Andere Lebensinhalte sowie sinngebende Aktivitäten müssen gemeinsam entwickelt werden. Die Partner stehen vor der Aufgabe, sich gegenseitig bei der Vorbereitung des Rollenwandels nach der Pensionierung, beim Umgang mit Alterungsprozessen, Todesfällen, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu unterstützen (Askham, 1994; Textor, 1997).“ (Martin & Schmitt 2000, S. 82)

Für Thiele gewinnt die Auseinandersetzung mit Männlichkeit und Maskulinität im höheren Lebensalter eine besondere Bedeutung. „Bezogen auf die Bewältigung des Alterns bei Männern ist dabei zu erwarten, dass eine einseitige Orientierung an maskulinen Rollenbildern im Übergang zum höheren Lebensalter zu Anpassungsschwierigkeiten und zu Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit führen kann. Erfolgreiches Altern bedeutet somit für viele Männer, sich mit ihrer Maskulinität auseinander zu setzen. ... Fooker (1992) schließt daraus, dass Männer, die im Alter die Orientierung an den traditionellen Normen und Stereotypen bei der Geschlechterrolle überwinden, eine Erweiterung des subjektiven Lebensraumes und einen Zuwachs an psychosozialer Kompetenz erreichen und in der Folge auch eine höhere Lebenserwartung haben (Fooker, 1992).“ (Thiele 2000, S.120-122)

1.2 Der Mann und sein Penis

„Männer haben ihre Selbstachtung fest mit der Aufwärtsbewegung des Penis verknüpft und fühlen sich nicht mehr als Mann, wenn er sich der Situation nicht gewachsen zeigt.“
(Zilbergeld 1983, S. 201)

Sexualität spielt in der Persönlichkeitsentwicklung und in der Identitätsbildung, also in der Konstruktion des Selbst, eine ganz zentrale Rolle. Die sexuelle Weiterentwicklung in den vergangenen Jahrzehnten, weg von der traditionellen Reproduktionsfunktion der Sexualität, hin zu einem eigenständigen, frei zu gestaltenden Bereich der Persönlichkeit, hat auch seine Gefahren für die Identitätsbildung.

„Frei flottierende Sexualität macht den Wunsch grenzenlos, und wir wissen nicht, wie wir ‚Befriedigung‘ definieren können. Wie alle kapitalistisch konstruierten Wünsche soll die Sexualität immer mehr hergeben. Ich denke, viele Männer und Frauen sind unsicher, worauf

sie im Sexuellen hinauswollen. Wie viel Lust? Reicht ein Orgasmus oder sind viele wünschenswert? Wie oft? Wie einfach? Die Gesellschaft eliminiert alte Muster und in dieser Zeit des Übergangs kann die pharmazeutische Industrie simple Lösungen des Problems vortragen, was zu wünsche ist und wie man es kriegen kann. Indem Sexualität von der Fortpflanzung und der Familie getrennt wird, entsteht eine neue Welt, ein neues Spiel. ... In der hastigen, beschleunigten Welt wollen wir vielleicht morgen unbedingt Sex haben, weil wir morgen ein Date haben, und wir wollen es nicht dem Zufall überlassen, ob wir morgen dazu in der Stimmung sind oder nicht. Und hier gibt es nun ein Produkt, das uns die Sicherheit gibt, dass wir die Sache in der begrenzten Zeit, die wir haben, machen können.“ (Tiefer 2000, S. 347-348)

Hartmann beschreibt den Mann als Patient in der Sexualtherapie mit den drei folgenden Kernproblemen der männlichen Sexualität:

➤ *blockierte Innenwahrnehmung*

Der Umgang der Männer mit ihrer Sexualität ist oft geprägt durch eine „Von-Sich-Selbst-Entferntheit“, die sich in einer blockierten Innenwahrnehmung ausdrückt. Hartmann beschreibt dies in der Abwehr der eigenen Verletzlichkeiten und Bedürftigkeiten, ja letztlich eine mangelnde Anerkennung der eigenen Subjektivität. „Schmauch (1996) hat in der Entwicklung von Jungen eine Verleugnung der ‚inneren Genitalität‘ konstatiert und sieht darin ein Ergebnis einer Männlichkeitserziehung, die im wesentlichen in einem Abhärtungsprozess und einem Bekämpfen körperlich-seelischer Weichheit besteht und sich in der Adoleszenz in den rigiden Anpassungszwängen der Peer-Groups fortsetzt.“

➤ *Verlust erotische Welten*

Hartmann unterscheidet hier die Alltagswelt und die erotische Welt. „Sie zielt auf den Sachverhalt ab, dass Menschen, die sich sexuell verhalten oder sexuelle Phantasien haben, die Welt in einer Weise erleben, die sich deutlich von der unterscheidet, die Menschen haben, wenn sie ihrer gewöhnlichen Alltagsbeschäftigung nachgehen. Sexuelle Erregung verändert unser Bewusstsein und unsere Wahrnehmung der Welt und ist so betrachtet eine realitätsgenerierende Aktivität.“ Beide Welten durchmischen sich und dies kann für viele Menschen problematisch werden. Viele Männer verzichten vor allem in längeren Beziehungen auf den Übergang in die erotische Welt. Sexualität wird in der „Alltagswelt“ miterledigt. Somit besteht nach Schorsch die Gefahr einer Strangulation des Sexuellen, die zu einer Aushöhlung der Sexualität und einer Abtrennung von der Lebendigkeit führt.

➤ *der Komplex der Kastrationsangst*

„Hinzuweisen bleibt auf die durch das Verschwinden traditioneller Rollenbilder und Identitätsentwürfe sowie die hier bereits angesprochenen Prozesse eher größer gewordene männliche Verletzlichkeit. ... Die Basis der männlichen Sexualität ist demnach prekär, gefährdet und instabil und bedarf umgänglicher Sicherungsmaßnahmen. Eine der wichtigsten dieser Sicherungen ist die sexuelle Potenz. Mit dem funktionierenden Phallus können Angst und Bedrohung gebannt und eine Art Sicherheitsabstand zur Frau hergestellt werden.“

(Hartmann 1998, S. 4-6)

PsychologInnen, SoziologInnen, MännerforscherInnen und SexualtherapeutenInnen sind sich einige, der Mann lernt in seiner Sozialisation eine ganz entscheidende Sache: Der Penis ist das zentrale Organ seiner Sexualität, ja sogar seiner Identität. Sein Wohlfühlen, seine Männlichkeit, seine Fähigkeit Liebe und Sexualität in seinem Leben zu erfahren, sein Selbstwertgefühl hängt von diesem Organ und von seiner Funktionstüchtigkeit ab. Ist dieses Organ gestört, erlebt sich der Mann im Ganzen als beeinträchtigt und irritiert. Masters und Johnson drücken dies folgendermaßen aus: „Kein anderes sexuelles Problem dürfte sich so vernichtend auf das männliche Ego auswirken wie die anhaltende Schwierigkeit, eine Erektion zu bekommen und aufrechtzuerhalten. ... Diese Probleme greifen oft auch auf andere Lebensbereiche des Mannes über, da sie sein Selbstbewusstsein ganz allgemein

untergraben, und so kommt es, dass viele der Betroffenen Scham, Angst und Ohnmacht empfinden und vielfach noch glauben, sie seien die einzigen, die unter einer Erektionsunfähigkeit litten.“ (Masters *et al.* 1996, S. 148)

Diese Überzeugung ist in der Identität der meisten Männer tief verwurzelt. Sie reduzieren ihre Persönlichkeit und Sexualität auf ihren Penis. Er repräsentiert nicht nur Sexualität sondern Männlichkeit schlechthin. Diese Einstellung zieht sich durch alle Altersklassen und Schichten hindurch. „Impotenz, der üblicherweise zur Bezeichnung der Unfähigkeit, Erektionen zu bekommen, verwandte Begriff, bedeutet auch, dass Macht, Kraft und Energie fehlen – die Negation all dessen, was wir als männlich ansehen. Männer haben ihre Selbstachtung fest mit der Aufwärtsbewegung des Penis verknüpft und fühlen sich nicht mehr als Mann, wenn er sich der Situation nicht gewachsen zeigt.“ (Zilbergeld 1983, S. 201) Auch Leonore Tiefer drückt den engen Zusammenhang zwischen Penis und Männlichkeit - für Männer - sehr pointiert aus: „In der Diskussion über die Erektion scheint es um den Penis zu gehen. In Wirklichkeit geht es jedoch um die Konstruktion von Männlichkeit. Untersucht also nicht den Penis, sondern die Männlichkeit! Männer wollen keinen steifen Penis, um ihre Socken darauf zu trocknen; sie wollen die Erektion als natürlichen Ausdruck ihrer Männlichkeit, die sich dadurch bestimmt, heterosexuellen Geschlechtsverkehr haben zu können.“ (Arentewicz & Schmidt 1993, S. 5)

Die männliche sexuelle Entwicklung kann für Schmauch nicht von der Sozialisation getrennt werden. „Sie wird hier als Prozess verstanden, in dem das Erleben des Körpers und der Objektbeziehungen, die innere Welt des Jungen und sein Interagieren mit der äußeren Realität, die Wirkung patriarchaler Tatsachen und unbewusster Phantasien ineinander verwoben werden. Dabei sind Erfahrungen in der Familie, aber ebenso an vielen anderen sozialen Orten bedeutsam. Nicht nur die ersten Lebensjahre zählen, sondern jede der weiteren Phasen bis weit über die Adoleszenz hinaus hat eigenes sozialisatorisches Gewicht. Etliche frühkindliche und familiäre Themen erhalten ihre Durchschlagskraft nur, weil sie auf den Jungen später und in außerfamilialen Bereichen mit der Wucht kollektiver Geschlechterphantasien und dem Druck der Normalität einwirken.“ (Schmauch 2001, S. 66) „Die männlichen Patienten hörten von klein auf die Losung ‚Etwas wert ist nur der, der seinen Mann steht‘, und wir sind irritiert, wenn sie mit destruktiven Techniken ihre ‚Potenz‘ wiederherstellen wollen.“ (Sigusch 2001c, S. 11)

Gunter Schmid erweitert diesen individualistischen Ansatz noch um die Perspektive der gesellschaftlichen Diskussion um das Geschlechterverhältnis. Die Emsigkeit mit der Urologen, Andrologen, Chirurgen, etc. den „perfekten Penis“ verfolgen, legt für ihn folgenden Schluss nahe: „Es geht lange nicht mehr um die Potenz des einzelnen; es geht um die Instandsetzung des beschädigten symbolischen Gesamtpenis westlicher Männer, um eine magische Beschwörung der Immunität des Phallus angesichts der als kollektive Kastration erlebten Veränderungen im realen Geschlechterverhältnis und der feministischen Offensive.“ (Arentewicz & Schmidt 1993, S. 7)

Besonders pointiert fasste Bernie Zilbergeld bereits 1983 die Reduktion des Mannes auf sein Geschlechtsorgan zusammen. Er beschreibt den Penis als ein Phantasiemodell, an das jeder Mann und auch Frau gelernt hat zu glauben. Das Phantasiemodell des Penis sieht folgendermaßen aus:

„Unter Ausstattung verstehen wir den Penis, da das Modell lehrt, dass Männer außer ihm nichts brauchen, um befriedigenden Sex zu haben. Angeblich ist dieser Stück Haut zwischen ihren Beinen ihr einziger sexueller Körperteil.

Es ist nicht sonderlich übertrieben, dass Penisse im sexuellen Phantasieland nur in drei Größen auftreten: groß, riesig oder so gigantisch, dass man mit ihnen kaum durch die Tür kommt. ...

Der Penis im Phantasialand ist nicht nur überlebensgroß, sie führen sich auch eigenartig auf. Ohne Unterlaß „pulsieren“, „pochen“ und „schießen“ sie „hervor“. Schon der Anblick oder die Berührungen einer Frau reicht aus, um den Penis in Bewegung zu versetzen, und immer

wenn die Hose eines Mannes offen steht, springt sein Penis hervor. ... Nirgends lugt ein Penis nur mal hervor, um zu sehen, was draußen so vor sich geht.

Der Penis soll auch unglaublich steif sein und wird oft als stein- oder stahlhart beschrieben. Alles andere scheint unzulänglich zu sein. Der Penis des Modells ist immer voll und fest, immer bereit in Aktion zu treten. Oder in Aktion zu bleiben. Die letzte Eigenschaft des idealisierten Penis ist seine nie nachlassende Fähigkeit zu befriedigen, entweder dadurch, dass er stundenlang steif bleibt, oder dadurch, dass er nach einer Ejakulation sofort wieder hart wird.“ (Zilbergeld 1983, S. 18-19)

Zilbergeld beschreibt weiter 10 Mythen über die männliche Sexualität, die auch noch heute ihre gesellschaftliche Gültigkeit haben. Die einzelnen Mythen wirken individuell mehr oder weniger stark, bei jedem Mann und bei jeder Frau anders. Oft können sie der Grund für sexuelle Probleme sein.

Mythen über die männliche Sexualität

Mythos 1:

Männer sollten gewisse Gefühle nicht haben oder zumindest nicht zeigen

Mythos 2:

Beim Sex, wie überall anders auch, zählt nur die Leistung

Mythos 3:

Der Mann übernimmt beim Sex Verantwortung und Führung

Mythos 4:

Ein Mann ist immer bereit und willig

Mythos 5:

Jeder Körperkontakt muß zum Sex führen

Mythos 6:

Sex = Geschlechtsverkehr

Mythos 7:

Für Sex ist eine Erektion erforderlich

Mythos 8:

Befriedigender Sex ist die lineare Progression sich steigender Erregung, deren Resultat nur ein Orgasmus sein kann (Der Mythos vom brutalen Fick)

Mythos 9:

Sex sollte natürlich und spontan sein

Mythos 10:

In unserem aufgeklärten Zeitalter üben die beschriebenen Mythen keinen Einfluß mehr auf uns aus

(Zilbergeld 1983)

Zilbergeld fasst die Herausforderung für den Mann in der Sozialisation und in seiner „Beziehung“ zu seinem Penis zusammen: „Ein Aspekt unseres Lernens, den wir an dieser Stelle unbedingt betrachten müssen, ist die übermäßige Bedeutung, die wir einem erigierten Penis beimessen. Für uns Männer steht so viel auf dem Spiel, wenn es darum geht, eine Erektion zu bekommen: nicht nur Erfolg oder Versagen bei diesem bestimmten sexuellen Ereignis, sondern unsere gesamte Identität als Mann.“ (Zilbergeld 1983, S. 203)

Exkurs: Sexualität für den alternden Mann

Mit den im Vorfeld beschriebenen Sichtweisen über die männliche Sexualität und welche Bedeutung dabei der Penis für den Mann selbst spielt, wird die herausfordernde Entwicklungsaufgabe für den alternden Mann deutlich.

Sexualität im Alter ist sicherlich kein stark strapaziertes wissenschaftliches Gebiet, ganz im Gegenteil, erst langsam beginnt das Tabu über alte Menschen und deren Sexualität zu bröckeln. Tatsache ist jedoch, dass auch alte Menschen Sexualität leben und diese befriedigend leben möchten. „Tatsächlich ist Sex eine der letzten biologischen Funktionen, die dem Alterungsprozess zum Opfer fällt, und es gibt unzählige ältere Menschen, die ihre Rente oder Pension erhalten und inzwischen Großeltern sind, die Hörgeräte oder Lesehilfen benutzen, und sogar manche, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, die durchaus noch ihre Sexualität genießen.“ (Singer-Kaplan 2000, S. 212)

Die Sexualmedizin und -therapie beschreibt die altersbedingten Veränderungen der sexuellen Funktionen des Mannes. Dabei richtet sie sich nach dem sexuellen Reaktionszyklus, der in eine Erregungs-, Plateau-, Orgasmus- und in eine Resolutions-Phase unterteilt wird.

In der Erregungsphase wird vor allem die veränderte Erektion des älteren Mannes beschrieben. Die Erektionen sind weniger hart, fest und nicht mehr so lang. Auch die spontanen Erektionen gehen zurück. Die penile Empfindungsfähigkeit ist vermindert. Um einen Ausgleich dafür zu schaffen beschreibt Singer-Kaplan, die Notwendigkeit in der Sexualität von älteren Männer verstärkt begleitende, körperliche Stimulation der Geschlechtsorgane einzusetzen sowie psychisch-erotische Anreize.

Die Plateau-Phase verlängert sich und die Orgasmus- und Rückbildungs-Phase verkürzt sich. Die Refraktärzeit verlängert sich. Sie kann sich „von ein paar Minuten im Alter von siebzehn auf ein paar Tage im Alter von siebzig ausdehnen.“ (Singer-Kaplan 2000, S 212)

2. Sexuelle Funktionsstörungen allgemein

„Hinter sexuellen Problemen steht oft ein Leidensdruck, der weit über das Vermissen von Lust und Befriedigung hinausgeht: eine Angst vor Ungeliebtsein, Verlassenwerden und Einsamkeit; eine tiefe Verunsicherung des Selbstwertgefühls; sich gedemütigt und geschunden fühlen in seiner Männlichkeit oder Weiblichkeit.“
(Arentewicz & Schmidt 1993, S. 13)

Die Ursachen von sexuellen Funktionsstörungen werden in der Sexualmedizin als äußerst komplex und vielschichtig beschrieben. Eine einfache Zuordnung in organische und psychogene Ursachen ist nicht möglich.

Bei der sexuellen Funktionsstörungen ist generell zu betonen, „...dass Funktion nur ein kleiner Teilbereich der Erlebnissphäre Sexualität ist. Eine intakte sexuelle Funktion sagt wenig oder nichts aus über Intensität und Tiefe des Erlebens, über Lust und Befriedigung (vgl. Reich 1927, Shainess 1975).“ (Arentewicz & Schmidt 1993, S. 32)

Gschwind ordnet jeder sexuelle Störung eine bestimmte Funktion zu. „Mit der gestörten sexuellen Funktion werden unbewusste Konflikte in Szene gesetzt, die im Symptom abgewehrt sind. Darin liegt die Funktion der Dysfunktion, die einerseits zwar stört, andererseits aber auch das psychische Gleichgewicht stabilisiert. Der primäre, insbesondere jedoch der sekundäre Krankheitsgewinn der sexuellen Funktionsstörung wird nur allzu leicht übersehen. Fokussiert aber die Wahrnehmung in der Beziehung zu den Patienten nicht einseitig auf das Symptom und seine exakte Beschreibung, sondern in gleicher Weise auf die Präsentation, dann ist der Krankheitsgewinn, die psychische und soziale Funktion der Störung, nicht zu übersehen. Es sei denn, man verbündet sich mit der Abwehr des Patienten, der sagt: ‚Wäre die Störung nicht, dann wäre alles in Ordnung‘. ... Eine therapeutische Haltung, die sich auf die Beziehung mit dem Patienten einlässt, schafft aber die Voraussetzung dafür, etwas von der psycho-sozialen Bedeutung des Symptoms zu verstehen und verstehbar zu machen. Das bedeutet, reales Leiden am Symptom und dessen unbewusste Funktion in Berührung zu bringen und der Störung eine andere Bedeutung zu geben, als sie vorher hatte. Danach erst stellt sich die Frage der Psychotherapie.“ (Gschwind 2001, S. 137)

Diese von Gschwind angesprochene psychische und soziale Funktion der sexuellen Störung führte bereits 1983 Helen Singer Kaplan in ihrem psychosomatischen Konzept der sexuellen Funktionsstörungen aus. Für sie sind die „sexuellen Reaktionen zart strukturiert und können durch negative Affekte oder durch seelische Konflikte und Hemmungen sehr leicht blockiert werden. ... Guter Sex erfordert eine ruhige emotionale Verfassung und Aufgehen in dem erotischen Erleben. Dies gilt auch für alle anderen biologischen Funktionen, die unter der Kontrolle des autonomen Nervensystems stehen. Verdauung, Atmung und kardiovaskuläre Funktionen sind gleichfalls visceral innerviert und ebenso störanfällig gegenüber emotionalen und kognitiven Faktoren. In anderen Worten: auch die Funktionssysteme werden von psychosomatischen Störungen betroffen.“ (Kaplan 1983, S. 6) So verwundert es also nicht, dass z.B: die Erektions- und Ejakulationsreflexe eines Mannes leicht beeinträchtigt sind, der sich ärgert, bedroht oder verletzt fühlt. „In Wirklichkeit bilden die ursächlichen Faktoren ein Kontinuum, das von oberflächlicher Erwartungs- und Versagensangst bis zu tiefgehender psychopathologischer Dynamik reicht, die bewirkt, dass die sexuelle Reaktion eine gefährvolle symbolische Bedeutung auf einer unbewussten Ebene gewinnt.“ (Kaplan 1983, S. 7)

Auch Leonore Tiefer drückt den Zusammenhang zwischen den körperlichen Funktionen der Sexualität und psychischer Befindlichkeit aus. „Da das medizinische Modell der Sexualität auf biologischen Normen und Standards basiert, beinhaltet es keine Vorstellung davon, dass Ereignisse wie Erektion und Orgasmus keine biologischen Grundprinzipien sind, sondern ihre Bedeutung durch die Persönlichkeit, sexuelle Beziehung, bestimmte sexuelle

Gewohnheiten und Erwartungen, Lebenserfahrung, Subkultur oder Zeitgeschichte erhalten.“ (Fröhlich 1998, S. 204)

Für die Arbeit mit sexuell gestörten Männer ergibt sich deshalb für Hartmann, „dass der Mann sich selbst besser verstehen muß, was ihm freilich nur gelingen kann, wenn der Therapeut ihn versteht. Männer mit sexuellen Störungen verstehen sich in der Regel selbst nicht, ihr sexuelles Versagen erscheint ihnen wie ein Mysterium, die Kränkung und die Angst stehen ganz im Vordergrund, blockiert die ja ohnehin schwierige Innenwahrnehmung noch weiter. In dieser Situation verheißen die körpermedizinischen Methoden eine permanente Befreiung von den verborgenen Ängsten und Bedrohungen, die aber fast immer trügerisch ist. Das Sich-Selbst-Verstehen bedeutet auch, Zugang zur eigenen erotischen Welt zu finden und der Schlüssel zu dieser ist die Imagination. ...In der Arbeit mit sexuell gestörten Männern heißt das konkret, dass in der therapeutischen Beziehung die Eröffnung neuer spielerisch-sexueller Räume im Sinne von Winnicott und neuer bzw. erweiterter Erlebniszonen angestrebt werden sollte, ohne die Ambivalenz der erotischen Wunscherfüllung aus den Augen zu verlieren. Dabei ist es notwendig, das individuelle sexuelle Weltmodell des Patienten und die für ihn charakteristischen sexuellen Regulationsprozesse zu verstehen, um Veränderungen möglich zu machen. ... (Hartmann 1998, S. 9)

Sigusch führt in der Diskussion um die Definition von sexuellen Funktionsstörungen noch einen weiteren Aspekt, den gesellschaftlich, kulturellen Kontext, an.

„Professionell arbeiten heißt: die eigenen Begrenzungen, die persönlichen und die fachlichen, reflektieren und das individuelle Leiden der Patienten als Individuelles ernst nehmen. Daraus folgt aber nicht, dass die Probleme und Konflikte individualpathologisch ausreichend begriffen werden könnten. Sie sind von der Kultur, in der sie entstehen, umrissen und definiert – bis hin zur scheinbar rein seelischen Repräsentanz so genannter Objektbeziehungen. Für die sexuellen Störungen gilt das in einem exorbitanten Sinn, wie nur unsere Kultur gewisse Empfindungen und Verhaltensweisen als ‚Sexualität‘ exponiert und unter besondere Beobachtung gestellt hat.“ Sigusch führt dafür einige Beispiele an: „In den 70er Jahren stachen uns die Anorgasmie der Frau und die vorher kaum gesehene Ejaculatio deficiens bei jungen Männern ins Auge, ein Ausbleiben des Samenergusses, für den kein organischer Grund gefunden werden konnte. Gleichzeitig verschwand die Sodomie von der Bildfläche, um nur wenige Beispiele zu nennen. Heute sticht die Lustlosigkeit hervor, vor allem bei Frauen, inzwischen auch bei Männer. Offenbar gibt es so etwas wie kulturelle Lustlosigkeit, soziale Impotenz, diskursiven Missbrauch und mediale Perversität.“ (Sigusch 2001c, S. 11-12)

Um die Patienten in ihrer Vielfältigkeit aufzuzeigen, hat Kaplan den Versuch unternommen, verschiedene Ursachen und Gruppen von funktionsgestörten Patienten zu beschreiben:

- Ein Mangel an genauen Informationen über die sexuellen Reaktionen von Mann und Frau führt oft zur Bildung von Mythen und Irrtümern über Sexualität.
- Angst- und Schuldgefühle können dazu führen, dass ein Mensch sexuelles Verhalten vermeidet oder einschränkt.
- Sexuelle Reaktionen werden beeinträchtigt durch die Angst vor sexuellem Versagen, den Partner nicht zu befriedigen und die Leistung nicht zu erbringen.
- Sexualprobleme sind mit tief verwurzelten Konflikten, mit einer tiefgehenden Versunsicherung verbunden.
- Das Sexualproblem steht in Verbindung mit tiefgreifenden pathologischen partnerschaftlichen und individuellen Störungen.

(Kaplan 1983, S. 6+7)

Diese Vielfalt an Ursachen und Verknüpfungen im Bereich von sexuellen Funktionsstörungen zeigt deutlich die Komplexität einer Diagnosestellung auf. SexualmedizinerInnen und –therapeutInnen haben unterschiedliche Kriterien und

Einteilungsschemata entwickelt, um die komplexe Ursachen und vielfältigen Symptomatik beschreiben zu können.

Im Folgenden werden einige Vorschläge von unterschiedlichen Autoren vorgestellt:

Diagnoseerstellung nach dem DSM IV

(Saß *et al.* 1998)

Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM-IV schlägt zur Beurteilung von psychischen Störungen eine „multiaxiale“ Beurteilung des jeweiligen Problems vor. Diese multiaxiale Beurteilung ermöglicht eine umfassende und systematische biopsychosoziale Begutachtung auf verschiedenen Ebenen (sogenannte Achsen) und gilt üblicherweise für das aktuelle Symptombild des Betroffenen:

- Achse I Klinische Störungen
Andere klinisch relevante Probleme
(z.B. Angststörungen, Sexuelle Störungen, Schlafstörungen, Affektive Störungen)
- Achse II Persönlichkeitsstörungen
Geistige Behinderung
(z.B. Paranoide, schizoide, Borderline, zwanghafte Persönlichkeitsstörungen)
- Achse III Medizinische Krankheitsfaktoren
(z.B. Urogenitale, endokrine, metabolische Erkrankungen; angeborene Störungen)
- Achse IV Psychosoziale oder Umgebungsbedingte Probleme
(z.B. Probleme mit der Hauptbezugsgruppe, im sozialen Umfeld, berufliche, wirtschaftliche)
- Achse V Globale Beurteilung des Funktionsniveaus
(Beurteilung findet anhand der GAF (Global Assessment of Functioning)-Skala statt oder anhand zusätzlicher Skalen)

Der Diagnose kann nach DSM IV noch eine Zusatzcodierung über den Schweregrad und den Verlauf der Störung zugefügt werden:

- Leicht
- Mittelschwer
- Schwer
- Teilremittiert (Kriterien für Störung waren vollständig erfüllt, zur Zeit sind nur noch einige Symptome vorhanden)
- Vollremittiert (Zur Zeit keine Zeichen oder Symptome, ist klinisch aber trotzdem relevant die Störung festzuhalten)
- In der Vorgeschichte (Störungen aus der Vorgeschichte die relevant sind)

Für die Diagnose einer sexuellen Funktionsstörung setzt das DSM IV voraus, dass ein Störungsbild im Ablauf des sexuellen Reaktionszyklus oder Schmerzen im Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr vorhanden sein müssen. Der sexuelle Reaktionszyklus wird in folgende Phasen unterteilt:

- *Appetenz* Phantasien und Verlangen sich sexuell zu betätigen
- *Erregung* subjektives Gefühl sexueller Lust und den begleitenden physiologischen Veränderungen (Erektion, etc.)
- *Orgasmus* Höhepunkt der sexuellen Lust mit Lösung der sexuellen Spannung und rhythmischer Kontraktion der perinealen Muskulatur sowie der Reproduktionsorgane.
- *Entspannung* Gefühl muskulärer Entspannung und allgemeinen Wohlbefinden.

Zur weiteren Beschreibung der sexuellen Funktionsstörungen schlägt das DSM IV die Einteilung nach Subtypen vor:

Subtypen sexueller Funktionsstörungen – DSM IV

Art und Beginn der sexuellen Funktionsstörung

- *Lebenslanger Typus*. ab Beginn der sexuellen Funktionsfähigkeit
- *Erworbener Typus*. nach einiger Zeit der normalen Funktionsfähigkeit.

Kontext der sexuellen Funktionsstörung

- *Generalisierter Typus*. nicht begrenzt auf bestimmte Situationen
- *Situativer Typus*. begrenzt auf bestimmte Situationen, Partner, Art der Stimulation

Ätiologische Faktoren

- *Aufgrund psychischer Faktoren*
- *Aufgrund kombinierter Faktoren*: psychische und medizinische Faktoren spielen eine Rolle

(Saß et al. 1998)

Deskription sexueller Funktionsstörungen nach Sigusch

Sigusch bietet eine äußerst übersichtliche Beschreibung sexueller Funktionsstörungen, nach formalen Kriterien, an:

Deskription sexueller Funktionsstörungen nach Sigusch	
<u>Kriterium</u>	<u>Deskription</u>
<i>Beginn</i>	initial: nur am Beginn des Sexuallebens primär: vom Beginn des Sexuallebens an sekundär: nach einer Phase ohne Funktionsstörungen
<i>Verlauf</i>	akut: plötzlich auftretend, nicht chronifiziert chronisch: allmählich auftretend, chronifiziert
<i>Kontinuität</i>	fakultativ: nicht immer auftretend obligatorisch: immer auftretend
<i>Ausmaß</i>	partiell: Funktion ist beeinträchtigt total: Funktion ist ausgefallen
<i>Praktik</i>	praktikabhängig: z.B. nicht bei der Masturbation praktikunabhängig: bei allen Praktiken
<i>PartnerIn</i>	partnerabhängig: z.B. nur bei Gelegenheitspartner partnerunabhängig: bei allen Partnern
<i>Situation</i>	situationsabhängig: z.B. nicht im Urlaub situationsunabhängig: unter allen Umständen

(Sigusch 2001b, S.196)

Formale Beschreibungsmerkmale von Gunter Schmidt und Gerd Arentewicz

Beide Autoren fassen die wichtigsten und immer wieder genannten diagnostisch und therapeutisch relevanten Beschreibungskriterien in inhaltliche und formale Merkmale zusammen. Sie „... benutzen sie lediglich anders als die meisten Autoren: nicht zur Konstruktion fragwürdiger Taxonomien, sondern zur therapierelevanten Beschreibung von Einzelfällen.“ (Arentewicz & Schmidt 1993, S. 21)

Einige dieser Kriterien können sich überschneiden, andere schließen sich aus.

Formale Beschreibungsmerkmale – Schmidt und Arentewicz

<u>Kriterium</u>	<u>Beschreibung</u>
Primär	sexuelle Störung die von Anfang an besteht
Sekundär	eine solche, die nach einer kürzeren oder längeren symptomfreien Zeit auftritt.
Initial	tritt bei den ersten sexuellen Erfahrungen auf.
Chronische	Chronische primäre Störungen, die mit zunehmender sexueller Erfahrung meistens von selbst zurück gehen oder sich durch eine Beratung beheben lassen.
Praktikbezogene Störungen	treten nur bei bestimmten Formen sexueller Betätigungen auf.
Praktikunabhängige Störungen	treten bei allen Formen sexueller Betätigung auf.
Partnerbezogene Störungen	treten nur bei einem oder nur bei einigen Partnern auf.
Partnerunabhängige Störungen	treten bei allen Partnern gleichermaßen auf.
Situationsbezogen	Störungen die nur unter bestimmten Bedingungen auftreten oder nur unter bestimmten Bedingungen nicht auftreten.
Schweregrad einer Störung	Partiel (teilweise gestört) oder total gestört. Dauer und Stärke der Erektion.
Dauer der Störung	Wie lange liegt die Störung schon vor? (Arentewicz & Schmidt 1993, S. 32+33)

3. Erektile Dysfunktion

„Festzuhalten bleibt, dass die Medikalisierung die Neigung vieler Patienten, sich mit den seelischen und paarbezogenen Bedingungen ihrer Problematik auseinanderzusetzen, nicht eben erhöht hat.“

(Hartmann 1998, S. 7)

„Dazu muß man sagen, dass vereinzelte Episoden erektiler Schwierigkeiten vollkommen normal sind und bei fast jedem Mann gelegentlich auftreten. Dieses vorübergehende Unvermögen, eine Erektion zu bekommen (oder zu halten), sind das typische Resultat von Ermüdung, Krankheit, emotionalen Streß, Ablenkung, übermäßigem Alkoholgenuß (oder zu üppigem Essen) und ähnlichen alltäglichen Faktoren. Ebenso wie eine Magenverstimmung das gesamte Verdauungssystem ein oder zwei Tage lang lahm legen oder ein Grippe die normale Atmungsfähigkeit beeinträchtigen kann, so treten kurze Unterbrechungen in den Sexualfunktionen aus vollkommen natürlichen Gründen auf und haben für gewöhnlich keine langfristige Auswirkung und Bedeutung.“ (Masters *et al.* 1996, S. 148)

Masters und Johnson machen, dass Erektionsstörungen zum Leben eines Mannes natürlich dazugehören und sehr stark abhängig sind von der gesamten Situation und den Befindlichkeiten des Mannes. Doch wann ist eine Erektionsstörung keine „normale“ Erscheinung oder Reaktion des Mannes, sondern im klinischen Sinne eine sexuelle Funktionsstörung? Im folgenden werden unterschiedliche diagnostische Kriterien und Materialien vorgestellt, um die Diagnose „erektile Dysfunktion“ zu erstellen.

3.1 Diagnostik – Definition der erektilen Dysfunktion

„Hängt die Diagnose ‚sexuelle Störung‘ oder ‚sexuelle Perversion‘ nicht sehr davon ab, wer mit wem zu welcher Zeit unter welchen Umständen und mit welchem Ziel in Kontakt gerät? Ändern sich die Diagnosen womöglich schneller, als uns recht ist? Hinken wir folglich mit unseren Vorstellungen oft hinterher, was der Zeitgeist injiziert, die Diskurse diktieren und die Imperative bestimmen? Fragen über Fragen. Eines aber scheint mir sicher zu sein: Wer eine glatte Antwort gibt, setzt sich und seine Patienten der Gefahr aus, auf der Ebene der Gemeinplätze zu operieren.“

(Sigusch 2001c, S. 10)

Schmidt und Arentewicz definieren die erektile Dysfunktion folgendermaßen:

„Die Erektion des Penis ist im Hinblick auf Stärke und Dauer nicht ausreichend zum Geschlechtsverkehr. Der Penis bleibt völlig schlaff oder wird nur mäßig steif; die Erektion stellt sich überhaupt nicht ein, oder sie geht beim Versuch des Einführens bzw. kurze Zeit nach dem Einführen noch vor der Ejakulation zurück. Bei den meisten Patienten ist die Erektionsfähigkeit nur bei Koitusversuchen gestört, nicht aber bei Masturbation und/oder Petting. In den sehr seltenen Fällen des völligen Fehlens der Erektionsfähigkeit (Erektionen bei keiner sexuellen Praktik, keine ‚Spontanerektionen‘ nachts oder beim Erwachen morgens) ist in jedem Fall eine differentialdiagnostische Abklärung erforderlich. Das Ausbleiben der Erektion ist im allgemeinen mit dem Ausbleiben der Ejakulation verbunden. Manche Männer ejakulieren jedoch auch mit schlaffen Penis. Diese Orgasmen werden aber oft als schwach und wenig befriedigend erlebt.“ (Arentewicz & Schmidt 1993, S. 23+24)

Das **Diagnostische und Statistische Manual für psychische Störungen – DSM IV** – führt die erektile Dysfunktion im Kapitel „Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen“, unter den „Sexuellen Funktionsstörungen“ als „Störung der sexuellen Erregung“, im speziellen als „Erektionsstörung beim Mann (302.72)“ an. Es schlägt zur Diagnostik und zur Differentialdiagnostik folgende Kriterien vor:

Diagnostische Kriterien für eine ED – DSM IV

Kriterium A:

eine anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erreichen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten.

Kriterium B:

Das Störungsbild muß deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen.

Kriterium C:

Die Funktionsstörung kann nicht besser durch eine andere Störung auf Achse I (ausgenommen einer anderen sexuellen Funktionsstörung) erklärt werden und geht nicht ausschließlich auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (einschließlich Medikamente) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

Bestimme Typus der ED:

- Lebenslanger / erworbener
- Generalisierter / situativer
- Aufgrund psychischer Faktoren / aufgrund kombinierter Faktoren

(Saß et al. 1998)

Um sexuelle Funktionsstörungen voneinander abzugrenzen schlägt das DSM IV sogenannte Ausschlusskriterien zur Erstellung einer Differentialdiagnose vor:

Differentialdiagnose einer ED – DSM IV

➤ Eine Erektionsstörung aufgrund eines *medizinischen Krankheitsfaktors*. Die Bestimmung, ob die ED ausschließlich auf die Wirkung eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen ist, geschieht anhand folgender Kriterien:

- Vorgeschichte (z.B. Gliedversteifung bei Masturbation)
- Laborbefunde
- Körperliche Untersuchung
 - * Messung der nächtlichen penilen Tumescenz (=Schwellung)
 - * Vaskuläre (Blutgefäße betreffend)
 - Untersuchung des penilen Blutdruckes
 - Pulswellenbestimmung
 - Dopplersonographie
 - Kavernosographie, zur Bestimmung der venösen Gefäßsituation
 - * Störungen des arteriellen Strömungsverhältnisse
 - Pharmakologische Schwellkörper-Injektionstest
 - Angiographie

Ist die ED nicht ausschließlich auf die körperliche Wirkung eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen, wird die Diagnose Erektionsstörung des Mannes aufgrund kombinierter Faktoren gestellt.

➤ *Substanzinduzierte Erektionsstörung*

Es wird bestimmt, ob die Erektionsstörung ausschließlich auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz zurückgeht, z.B.:

- Antihypertensiva
- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Drogen

Lässt sich die ED nicht ausschließlich auf den Gebrauch von Substanzen zurückführen, wird die ED aufgrund kombinierter Faktoren diagnostiziert.

➤ *Ist die Erektionsstörung ausschließlich auf die körperliche Wirkung eines medizinischen Krankheitsfaktors sowie auf die eines Substanzgebrauchs zurückzuführen, wird beides Diagnostiziert.*

➤ Die Erektionsstörung kann auch in *Verbindung mit einer anderen sexuellen Funktionsstörung* (z.B. Ejaculatio Praecox) auftreten. In diesem Fall werden beide sexuelle Funktionsstörungen diagnostiziert.

➤ Wann wird die ED *nicht als sexuelle Funktionsstörung* angesehen?

- Bei gelegentlichen Schwierigkeiten mit der Erektion, die nicht anhaltend oder wiederkehrend auftreten und nicht mit deutlichem Leiden und zwischenmenschlichen Schwierigkeiten verbunden sind.
- Wenn die ED auf eine an Intensität, Dauer und Art ungeeigneten sexuellen Stimulierung zurückgeht.
- Bei physiologischen Veränderungen, wie z.B. das ältere Männer möglicherweise eine stärkere Stimulierung benötigen.

In diesen Fällen wird nicht die Diagnose ED gestellt.

(Saß et al. 1998)

Das **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10** führt die erektile Dysfunktion an zwei Stellen an und unterscheidet:

- Die „*psychogene Impotenz*“, als „Versagen der genitalen Reaktion (F52.2)“ und definiert sie folgendermaßen: „Das Hauptproblem ist bei Männern die Erektionsstörung (Schwierigkeit, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr notwendige Erektion zu erlangen oder aufrecht zu erhalten).“
Das ICD-10 ordnet die psychogene Impotenz im Kapitel V. „Psychische Verhaltensstörungen (F00-F99)“ ein, unter den „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)“ und im speziellen unter Ziffer „F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit“.
- Die „*Impotenz organischen Ursprungs (N48.4)*“. Diese erektile Dysfunktion ist eingeordnet unter Kapitel „XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)“, unter den „Krankheiten der männlichen Genitalorgane (N40-N51)“ und dort unter der Ziffer „N48 Sonstige Erkrankungen des Penis“.

(DIMDI 1995)

Zur Diagnoseerstellung der erektilen Dysfunktion wird weiter der „**International Index of Erectile Function Questionnaire**“ (IIEF) verwendet. In diesem Fragebogen werden 15 Fragen gestellt. Bei jeder Frage ist eine abgestufte Antwort auszuwählen. Aufgrund des Antwortverhaltens wird am Ende die Diagnose „erektile Dysfunktion“ erstellt.

International Index of Erectile Function Questionnaire

- Q 1.** Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen in der Lage, während sexueller Aktivitäten eine Erektion zu bekommen?
- Q 2.** Wenn Sie während der letzten 4 Wochen bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration?
- Q 3.** Wenn Sie während der letzten 4 Wochen versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft waren Sie in der Lage einzudringen?
- Q 4.** Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen beim Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin penetriert hatten (in sie eingedrungen waren)?
- Q 5.** Wie schwierig war es während der letzten 4 Wochen beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?
- Q 6.** Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen versucht, Geschlechtsverkehr zu haben?
- Q 7.** Wenn Sie während der letzten 4 Wochen versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?
- Q 8.** Wie sehr haben Sie während der letzten 4 Wochen den Geschlechtsverkehr genossen?
- Q 9.** Wenn Sie während der letzten 4 Wochen sexuelle stimuliert wurden oder Geschlechtsverkehr hatten, wie oft hatten Sie einen Samenerguß?
- Q 10.** Wenn Sie während der letzten 4 Wochen sexuell stimuliert wurden oder einen Geschlechtsverkehr hatten, wie oft hatten Sie das Gefühl eines Orgasmus mit oder ohne Samenerguß?
- Q 11.** Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen sexuelles Verlangen gespürt?
- Q 12.** Wie würden Sie den Grad Ihres sexuellen Verlangens während der letzten 4 Wochen einschätzen?
- Q 13.** Wie zufrieden waren Sie während der letzten 4 Wochen mit Ihrem Sexualleben insgesamt?
- Q 14.** Wie zufrieden waren Sie während der letzten 4 Wochen mit der sexuellen Beziehung zu Ihrer Partnerin?
- Q 15.** Wie würden Sie während der letzten 4 Wochen Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu halten?

Porst fasst in seiner jüngsten Publikation die üblichen diagnostischen Untersuchungen zusammen. Auch er verweist, wie andere AutorInnen, in seinen Ausführungen darauf, dass die Erstdiagnostik seit Einführung von Sildenafil zum großen Teil aus der Ausstellung eines Rezeptes besteht, da dies weniger zeit- und ressourcenaufwendig ist. Auch ist verstärkt zu beobachten, dass die Diagnostik aus der Hand des/der UrologInnen in die Hände von überwiegend praktischen ÄrztInnen übergeht. Folgende Untersuchungen sind zur Diagnoseerstellung möglich:

- Allgemeine Anamnese
- Spezifische Sexualanamnese
- Validierte Sexual-Questionairs (z.B. IIEF)
- Körperliche Untersuchungen
- Labordiagnostik
- Obligate spezifische Diagnostik – Schwellkörper-Pharmakotestung und Doppler-/Duplexsonographie
- Fakultative Diagnostik
 - Pharmako-Cavernosometrie und Pharmako-Cavernosographie
 - Penisangiographie
 - Neurophysiologische Untersuchungen
 - Nächtliche penile Tumescenz (NPT)-Messungen
 - Visuelle sexuelle Stimulation (VSS)
 - Weitere Untersuchungsmethoden (z.B. penile und intraurethrale Temperaturmessung, Oberflächenthermographie, Vibrationsempfindlichkeit)

(Porst 2000)

Die Diagnoseerstellung umfasst für Porst eine Allgemeinanamnese und eine Sexualanamnese. Die Allgemeinanamnese umfasst für ihn folgende Fragen:

Allgemeinanamnese zur erektilen Dysfunktion**1. Relevante Erkrankungen**

- Hypertonie
- Hyperlipämie
- Hepatopathie
- Koronare Herzkrankheit
- Herzinfarkt
- Niereninsuffizienz
- Arterielle Verschlusskrankheit
- Cerebraler Insult, TIA
- Karzinomerkrankungen; wenn ja, welche?
- Prostataerkrankungen
- Miktionsbeschwerden

Endokrine Erkrankungen, wenn:

- Schilddrüse
- Hypophyse
- Nebenniere
- Diabetes mellitus

2. Infektionskrankheiten

- AIDS
- Hepatitis
- Genitale Entzündungen (Epididymitis, Orchitis, Prostatitis)
- Entzündungen des Nervensystems
- Venerische Erkrankungen (GO, Lues)
- Tbc

3. Relevante Operationen und Strahlentherapie

- Abdominal-/Beckenchirurgische Eingriffe (insbes. aortoiliacale Gefäßeingriffe, Darmeingriffe)
- Urologische Operationen (Prostata-/Blasenentfernungen, Retroperitoneale Lymphadenektomien, Transurethrale Eingriffe, Operationen/Radiatio am Penis, Skrotal-/Hodenoperationen)
- Operationen an ZNS, WS und peripherem Nervensystem (Gehirn, Bandscheiben, Sympathektomien)
- Gefäßchirurgische Eingriffe (Carotis, Koronarien, aorto-iliacale-femorale Gefäßachse)

4. Relevante Unfälle

- Schädel-Hirn-Traumen
- Wirbelsäulenverletzungen
- Becken-, Damm-, Pfählungsverletzungen

5. Psychische Erkrankungen

- Neurosen
- Psychosen (Depressionen, Schizophrenie)

6. Medikamentenanamnese (Beipackzettel mitbringen lassen!)

(Porst, 2000, S. 96)

Für die Sexualanamnese listet Porst folgende Fragen auf:

Fragenkatalog zur Sexualanamnese bei ED

1. Wie lange besteht die Erektions-/Sexualstörung schon?
 2. Ist die Erektion unvollständig, wird der Penis nicht hart genug?
 3. Tritt die Erektion noch vollständig ein, hält aber nicht durch?
 4. Wann konnten Sie das letzte Mal in die Scheide eindringen?
 5. Wann zuletzt war der Geschlechtsverkehr für beide zufriedenstellend?
 6. Wann war der letzte Koitusversuch überhaupt?
 7. Wann zuletzt waren Sie mit Ihrer Partnerin intim (Petting, etc.)?
 8. Wie häufig haben Sie noch Sex pro Woche/Monat?
 9. Wie häufig hatten Sie Sex vor Ihrer Erektionsstörung?
 10. Liegt auch eine Störung des Samenergusses bzw. Orgasmus vor?
 11. Kommt der Samenerguß zu früh oder zu spät, oder bleibt er aus?
 12. Liegt eine Störung der Libido (sexuelle Lust) vor?
 13. Leidet Ihre Partnerin unter der jetzigen Situation oder ist es ihr egal?
 14. Haben Sie mit Ihrer Partnerin darüber gesprochen und wenn ja, was meint sie dazu?
 15. Weiß Ihre Partnerin von dem jetzigen Arztbesuch?
 16. Hat ihre Partnerin auch Sexualprobleme?
 17. Haben Sie mehrere Partnerinnen? Wenn ja, sind die Probleme immer gleich vorhanden oder abhängig von der jeweiligen Partnerin?
 18. Haben Sie bestimmte sexuelle Neigungen? (homosexuell, bisexuell, Sado-Masochismus, etc.?)
 19. Was haben Sie bislang gegen Ihre Störung unternommen?
- (Porst, 2000, S. 97)

Trotz aller dieser diagnostischen Möglichkeiten und detaillierten Abgrenzungen ist es nach wie vor oft schwierig, eine erektile Dysfunktion und deren Ursachen genau zu diagnostizieren. Die alte Diskussion, ob psychogen oder organisch verursacht, wird nach wie vor geführt.

Einige Autoren waren sogar vor einem allzu übertriebenen Einsatz diagnostischer Möglichkeiten bei einer Erektionsstörung. So gelten für sie z.B. „anamnestische erhobene nächtliche Erektionen oder Erektionen beim morgendlichen Erwachen, bei nicht koitalen Praktiken, bei der Masturbation und/oder mit anderen Partnerinnen durchweg als hinreichende Evidenz für eine psychogene Störung (vgl. u.a. Seagraves et al 1987; Buvat et al 1990; D'Ardenne u. Riley 1992). Deshalb ist, 'abgesehen von ganz wenigen Ausnahmen, der gegenwärtig übliche breite Einsatz dieser Diagnostik in keiner Weise gerechtfertigt und grenzt an Missbrauch' (Bancroft 1991, S.301).“ (Arentewicz & Schmidt 1993, S. 2)

Auch Schmidt geht davon aus, dass nächtliche Spontanerektionen ein ausreichender Beleg für psychogene Ursachen der erektilen Dysfunktion sind. In Übereinstimmung mit Buvat u.a. und D'Ardenne u. Riley (1992) schlägt er für die Diagnostik folgendes Vorgehen vor: „Die erste Aufgabe ist die Erkennung derjenigen Patienten, bei denen mit großer Wahrscheinlichkeit psychosoziale Ursachen der Erektionsstörung vorliegen. Dies geschieht durch eine umfassende Sexualanamnese des Patienten, möglichst auch seiner Partnerin, die einerseits über biographische Sexualkonflikte und Partnerkonflikte Aufschluss gibt und andererseits die Frage nach Vorkommen oder Fehlen 'voller' nächtlicher oder morgendlicher Erektionen, von Erektionen bei nicht-koitalen Praktiken, bei der Masturbation oder mit anderen Partnerinnen klärt. Sind solche Erektionen in jüngster Zeit vorhanden, dann kann schon dies als hinreichende Evidenz für eine psychogene Störung angesehen werden und eine Beratung oder Psychotherapie beginnen. Im anderen Falle sollten ärztliche Untersuchungen eingeleitet werden, die sich zunächst auf die wenig eingreifenden Methoden beschränken sollten.“ (Arentewicz & Schmidt 1993, S. 34-35)

Auch Sigusch schließt sich dieser Kritik an. In seiner Publikation warnt er vor einem allzu bereitwilligen Einsatz medizinischer Diagnostik und der Medizinalisierung von sexuellen Funktionsstörungen und der Sexualität. „Auf gar keinen Fall möchte ich dazu beitragen, dass immer mehr Patienten körpermedizinisch auf den Kopf gestellt werden, ohne dass das für sie in eine vertretbare Therapie einmünden könnte. ... Wie Schorsch (1988) stehe ich der Somatisierung und Medizinalisierung der Sexualität, die seit den 80er Jahren ein ungeheures Ausmaß angenommen hat, sehr skeptisch gegenüber. ... Ich denke, wenn weder die Anamnese oder die direktive Exploration noch die orientierende körperliche Untersuchung einen Verdacht auf eine Organogenese erbracht hat und dann noch die Psychogenese plausibel scheint, sollte auf invasive Untersuchungen verzichtet werden. ... Eine medizinische Unsitte ist es, ins Blaue hinein (oder aus Gründen des fachlichen Konkurrerens) immer mehr und immer invasivere Untersuchungen durchzuführen.“ (Sigusch 2001a, S. 172-180)

3.2 Ursachen der erektilen Dysfunktion

„Das wahre Problem liegt meist nicht im Verhalten des Penis, sondern in den Vorstellungen des Mannes, wie sich ein Penis verhalten soll. Viel zu viele Männer übernehmen unkritisch die übermenschlichen Maßstäbe und Mythen über Männer und Penisse und machen sich dann Sorgen, wenn sie entdecken, dass sie nur menschlich sind. Erektionsstörungen sind fast immer auf einen oder mehrere der folgenden Punkte zurückzuführen: unrealistische Erwartungen; mangelnde Erregung; Fehlen der richtigen Bedingungen und die übertriebenen Betonung der Notwendigkeit einer Erektion.“ (Zilbergeld 1983, S. 202)

Die sexualwissenschaftliche Diskussion um die Ursachen der erektilen Dysfunktion hat eine lange Tradition. Es pendelt zwischen den Polen psychogen oder somatisch verursacht. „Innerhalb der funktionellen Sexualstörungen ist die erektile Dysfunktion das Krankheitsbild, bei dem sich in Diagnose und Therapie in den letzten Jahrzehnten die größten Veränderungen vollzogen haben. Pfäfflin (1997) hat diesen Wandel wie folgt treffend zusammengefasst: ‚Hatte man in den 70er Jahren noch bis zu 95% der sexuellen Funktionsstörungen als ausschließlich oder überwiegend psychogen eingeschätzt, fanden sich ab Anfang der 90er Jahre annähernd entsprechende Prozentsätze für die angeblich somatische Verursachung der Erektionsstörungen‘ (Pfäfflin 1997, S.297).“ (Csef 1997, S. 221)

Sigusch fasst mögliche organische Ursachen sexueller Funktionsstörungen folgendermaßen zusammen:

Organische Faktoren und Erkrankungen sexueller Funktionsstörungen

Schwere Allgemeinerkrankungen

z.B. kardio-respiratorische Allgemeinerkrankung, Geschlechtsidentitätsstörungen, akut das Leben bedrohende Erkrankungen

Nervale Erkrankungen und Traumen

Temporallappenerkrankungen, Schädel-Hirn-Traumen; Zustand nach Hirntumoroperation, Schlaganfall, M. Parkinson, Tabes dorsalis, Multiple Sklerose, Spina bifida, Rückenmarkserkrankungen, Querschnittslähmungen, Bandscheibenvorfall, Conus-Cauda-Syndrom, Polyradikulitis, Polyneuropathie, Läsionen des autonomen oder somatischen Nervensystems u.a.

Endokrine und metabolische Erkrankungen

Diabetes mellitus, chronische Hepatopathien, chronische Niereninsuffizienzen, primärer hypergonadotroper Hypogonadismus (z.B. Klinefelter-Syndrom), sekundärer hypogonadotroper Hypogonadismus (z.B. Hypophysenerkrankungen), Hyperprolaktinämie, Hypothyreose, Hyperthyreose, M. Cushing, M. Addison, feminisierende od. maskulinisierende Tumoren u.a.

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt, Hypertonie, atherosklerotische, thrombotische und posttraumatische Prozesse sowie kongenitale Gefäßanomalien im Bereich der Becken- und Genitalarterien, aorto-iliakale Verschlusskrankheit, Pelvic steal steal syndrome, Störungen des venookklusiven Schwellkörpermechanismus u.a.

Urogenitale Fehlbildungen, Erkrankungen und Traumen

Beim Mann: Phimose, Paraphimose, Penisdeviationen, Hypospadie, Epispadie, Hydrozele, Induratio penis plastica, Entzündungen, Neoplasmen, Beckenfraktur, Penisfraktur, Zustand nach Priapismus u.a.; bei der Frau: vaginale Fehlbildungen, Entzündungen, Endometriose, Narbenbildung, Neoplasmen u.a.

Operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich

Beim Mann: abdominale Aortenoperationen, lumbale Sympathektomien, retroperitoneale Lymphadenektomien, Prostatektomien, Blasen-, Kolon- und Rektumoperationen, Zustand nach Nierentransplantation, Zustand nach Penisprothesenoperation, Zustand nach Impotenz-Revaskularisationsoperation u.a.; bei der Frau: Episiotomien, Vulvektomien, Hysterektomien, Ovaryektomien, Scheiden-, Blasen-, Kolon- und Rektumoperationen, Operationen bei Neoplasmen u.a.

Arzneimittel (siehe im Einzelnen Tab. 5)

Herz-Kreislauf-Mittel, insbesondere Antihypertensiva; Psychopharmaka; Hormone und Antihormone; Magen-Darm-Mittel; Parkinson-Mittel; Antiretrovirale Mittel; Sonstige (z.B. Antirheumatika; Spasmolytika)

Alkohol

Straßendrogen

Amphetamine, Methaqualon, Heroin, Kokain u.a.

Chemikalien

Blei, Arsen, Tetrachlorkohlenstoff, Xylol u.a.

(Sigusch, 2001, S. 226-243)

Verbesserte Diagnostik im somatischen Bereich hat vor einigen Jahren zu einer Euphorie geführt, die erektile Dysfunktion überwiegend an organischen Ursachen festzumachen. Grund für diese Neueinschätzung waren „... verbesserte apparative Möglichkeiten (z.B. Pharmako-Farbdoppler-Sonographie), die vaskuläre Faktoren nachweisen können, die sich bisher dem diagnostischen Zugriff entzogen (Csef 1997b).“ (Csef 1997, S. 221-222). Aber trotz dieser verbesserten Diagnostik besteht nach wie vor keine Einigkeit über die

hauptsächlich Faktoren die eine erektile Dysfunktion verursachen. Vor allem Pharmaunternehmen fördern in ihren sexualwissenschaftlichen Untersuchungen die starke Betonung der körperlichen Ursachen der erektilen Dysfunktion. Sexualwissenschaftler hingegen steuern in ihren Publikationen diesem Trend entgegen, indem sie die Entstehung der erektilen Dysfunktion mit psychogenen und partnerschaftlichen Faktoren in Verbindung setzen. Fröhlich geht davon aus, dass Variablen, die eine Erektionsstörung beeinflussen „... im psychosozialen und besonders im partnerschaftlichen Bereich“ liegen „und vor allem mit Angst verbunden sind“ (Fröhlich 1998, S. 208).

In der sexualwissenschaftlichen Diskussion wird immer stärker die Integration von psychogenen und somatischen Ursachen gefordert. Fröhlich drückt die Erektion als ein komplexes psycho-physiologisches Geschehen aus und fordert auf, die männliche Sexualität als ein „... hochkompliziertes, vielschichtiges, störungsanfälliges psycho-somato-soziokulturelles Partnerproblem“ zu versteht. (Fröhlich 1998, S.210)

Bereits Kaplan verwies 1983 auf den starken Zusammenhang zwischen Körperfunktionen und Psyche: „Denn auch bei körperlicher Intaktheit des Geschlechtsapparates sind die für die Erektion verantwortlichen autonomen Gefäßreflexe labil und anfällig gegenüber Störungen durch unbewusste Konflikte und durch emotionale Erregung, vor allem Angst und Furcht. Wenn ein Mann bei der Liebe nicht in ruhiger emotionaler Verfassung und konfliktfrei ist, sind seine Erektionsreflexe beeinträchtigt.“ (Kaplan 1983, S. 48)

Masters und Johnson führen ebenso unterschiedliche Ursachen für die erektile Dysfunktion an:

➤ *Organische Ursachen:*

„Während den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Wissen über die Ursachen von Erektionsstörungen beträchtlich vermehrt, und so ist heute zum Beispiel bekannt, dass physiologische Probleme eine weit größere Rolle dabei spielen, als ursprünglich angenommen. Unseren Schätzungen zufolge resultieren annähernd die Hälfte aller Fälle von Erektionsdysfunktion aus organischen Faktoren...“

➤ *Organische Ursachen als Auslöser, die im späteren Verlauf aber keine Rolle mehr spielen, obwohl die Dysfunktion bleibt.*

Z.B. bei Alkoholkonsum tritt eine Erektionsstörung auf. Der Mann hat Angst vor dem Nachlassen seiner sexuellen Leistungskraft und betritt einen Kreislauf mit einem neuen Leistungsdruck, der zur Aufrechterhaltung der erektilen Dysfunktion führt.

➤ *Psychische Ursachen*, die ein breites Spektrum von individuellen und beziehungsimmanenten Problemen beinhalten. Z.B. Probleme mit dem Körperbild, mangelndes Selbstwertgefühl.

➤ *Erektionsprobleme als Resultat anderer sexueller Konflikte*, z.B. bei Paraphillien oder Padophilie.

➤ *Erektionsstörungen aufgrund der persönlichen Entwicklung des Mannes*. Z.B. resultierend aus zu strenger religiöser Erziehung.

➤ *Konflikte mit der sexuellen Orientierung*. Ein Mann der z.B. homosexuell orientiert ist, sich aber in die Beziehung mit einer Frau flüchtet.

➤ *Mangelnde Kenntnis über die sexuellen Veränderungen im Alterungsprozess des Mannes*.

➤ *Beziehungsprobleme*, die zum größten Teil in der Interaktion des Paares begründet sind.

„Zusätzlich zu diesen Situationen, die aus physischen oder psychischen Problemen resultieren, gibt es viele Fälle, in denen eine Kombination dieser Faktoren vorliegt. So können z.B. bei einem Mann, der trotz einer Beeinträchtigung der Beckenblutzufuhr dennoch imstande ist, sexuell zu funktionieren, durch den zusätzlichen psychischen Streß Erektionsprobleme entstehen.

Schließlich haben fast alle Sexualtherapeuten die Erfahrung gemacht, dass es Fälle gibt, in denen die genaue Ursache der Dysfunktion nicht identifiziert werden kann. Ein Grund dafür

könnte sein, dass sich die auslösenden Faktoren bereits vor so langer Zeit ereignet haben, dass sie nun praktisch vergessen oder nicht mehr erkennbar sind oder dass sich das Problem tatsächlich nicht auf eine einzelne Ursache zurückführen lässt.“ (Masters *et al.* 1996, S. 151-155)

Die Diskussion um die Ursachen der erektilen Dysfunktion hält bis heute an. Sigusch greift die lange Geschichte dieser Auseinandersetzung auf, indem er einige wissenschaftliche Untersuchungen aufzeigt, die zu ganz unterschiedlichen prozentuellen Verteilungen bei den Ursachen der erektilen Dysfunktion kommen. „Während Masters und Johnson (1973) zum Beispiel nur bei sieben ihrer 213 sekundär erektionsgestörten Patienten, also bei 3 %, eine organische Ursache diagnostizierten und psychosoziale orientierte Sexualmediziner wie Gnirss-Bormet *et al.* (1995) noch wie vor selbst bei Erektionsstörungen nur relativ selten (8 %) eine organische Ursache annehmen, werden in der gegenwärtigen somatologischen Literatur extreme Prozentsätze angegeben, bis hin zu 80 % oder gar 90 % einer Stichprobe.“ (Sigusch 2001a, S. 172)

Um diese exorbitant auseinandergehenden Einschätzungen zu erklären, stellt Sigusch einige Sachverhalte dar, die uns in der Einschätzung des Phänomens der erektilen Dysfunktion beeinflussen und für diese unterschiedlichen prozentuellen Angaben in den einzelnen Studien verantwortlich sein können:

➤ *Methodologie*

Diese reicht von der Operationalisierung, dem Selbstverständnis des untersuchten Probanden, die Stichprobentechnik bis hin zum Erhebungsinstrument und der folgenden Interpretation.

➤ *Verfeinerung der organologischen Untersuchungsmethoden*

➤ *Einseitiger Blick der jeweiligen Berufsgruppe* (z.B. Mediziner und Sexualwissenschaftler)

➤ *Desinteresse der meisten Psychotherapeuten an sexuellen Störungen und der Ineffizienz oder Langatmigkeit der einzelnen Verfahren.*

➤ *Die Überalterung der Bevölkerung und der Vorstellung, auch im sexuellen Bereich weiter so aktiv sein zu können.*

➤ *Die grundsätzliche Bereitschaft alles zu Somatisieren und zu Verstofflichen*

(Sigusch 2001a, S. 173-174)

Wie diese unterschiedlichen Ergebnisse und Ansätze zeigen, wird der Wunsch nach einer eindeutigen Erklärung der Ursachen der erektilen Dysfunktion nicht in Erfüllung gehen.

Um diese Debatte jedoch zu einem konstruktiven und patientenbezogenen Ende zu bringen, wird in der sexualwissenschaftliche Diskussion der Ruf nach Integration von beiden Faktoren – psychisch und organisch – immer lauter. „Dualistische Denkmodelle ... welche psychogene von organogenen Erektionsstörungen trennen und unterschiedlich therapieren wollen, werden dem praktischen Alltag nicht gerecht. Hilfreicher erscheint mir da ein ‚Aphorismus der Psychosomatik männlicher Sexualität‘, der sie als ein hochkompliziertes, vielschichtiges, störungsanfälliges psycho-somato-soziokulturelles Partnerproblem zu verstehen versucht.“ (Fröhlich 1998, S. 201)

Ganz im Sinne des Ansatzes, den Menschen in seiner Ganzheit zu verstehen und zu behandeln, gibt Sigusch folgendes zu bedenken und fordert beide Richtungen auf umzudenken:

„Vielleicht ist es gerade in einem medizinischen Zusammenhang notwendig, daran zu erinnern, dass wir zwar Geist und Materie, Körper und Seele oder Organo- und Psychogenese theoretisch trennen können, dass das aber streng genommen Abstraktionen vom Konkreten sind, weil sie in Wirklichkeit untrennbar ineinander liegen. ... Im Grunde sind alle sowohl organisch als psychisch und damit auch kulturell bedingt. ... Vergessen wir aber nicht, dass alle körperlichen Störungen seelisch und alle seelischen Störungen körperlich

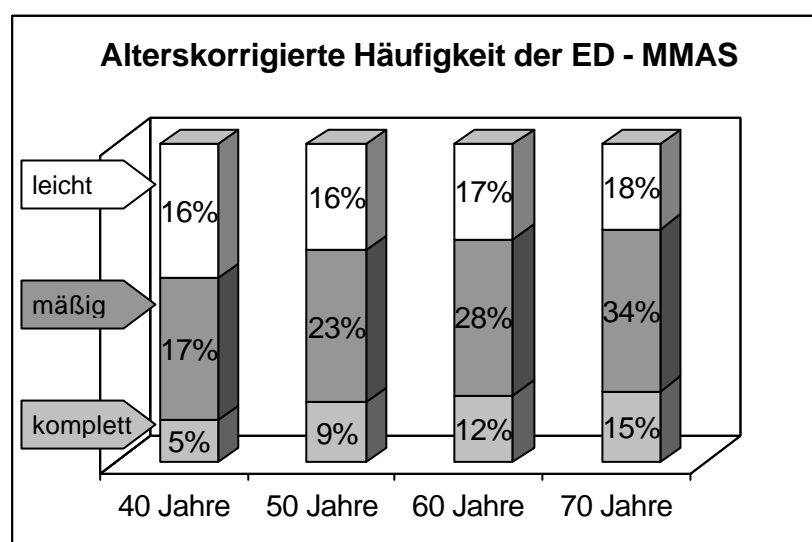
verarbeitet werden. Widersprechen wir also der Körperversessenheit der Somatologen, die sagen, 90% der Störungen seien organisch bedingt, ebenso wie der Seelenversessenheit der Psychologen, die davon überzeugt sind, 90% der Störungen seien psychisch bedingt.“ (Sigusch 2001a, S. 174)

3.3 Prävalenz der erektilen Dysfunktion

Bezüglich der Prävalenz der erektilen Dysfunktion geht Fröhlich davon aus, dass fast jeder zweite auch jüngere Mann Erektionsstörungen erlebt. Die Faktoren die diese Störung beeinflussen liegen für ihn im psychischen und besonders im partnerschaftlichen Bereich. (Fröhlich 1998, S. 204) Viele dieser Erektionsstörungen sind sicherlich nicht als klinische Erektionsstörungen zu verstehen, sondern als „normale“ körperliche Reaktion auf ganz unterschiedliche Bedingungen und Befindlichkeiten des jeweiligen Mannes und der jeweiligen Situation.

Die am häufigsten zitierte Studie in der Literatur in Bezug auf die Prävalenz der erektilen Dysfunktion, ist die Massachusetts Male Aging Study (MMAS), von Feldmann, aus dem Jahr 1994. In 11 randomisiert ausgewählten Städten und Bezirken der Region Boston/Massachusetts, wurden in den Jahren 1987-1989 1.709 Männer im Alter zwischen 40 und 70 Jahren befragt. Sie gaben u.a. eine Selbsteinschätzung ihrer sexuellen Funktionsfähigkeit ab. Diese Selbsteinschätzung ist sicherlich kritisch zu betrachten, da davon ausgegangen werden kann, dass vor allem Männer, die eine leichte Erektionsschwäche schildern, nicht unbedingt eine klinisch relevante erektile Dysfunktion erleben. Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug 75 %, d.h. 1.290 Männer antworteten. Die Hauptergebnisse der MMAS bezüglich der Prävalenz lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- 52 % gaben eine Erektionsstörung unterschiedlichen Schweregrades an. Eine Aufschlüsselung in drei Kategorien ergibt folgendes Bild:
 - 9,6 % geben eine komplette ED an
 - 25,2 % geben eine mäßige ED an
 - 17,2 % geben eine leichte ED an.
- Nach Feldmann verdreifacht sich die Wahrscheinlichkeit, eine komplette ED mit zunehmendem Alter auszuprägen. 5 % geben eine komplette ED im Alter von 40 Jahren an, mit 70 Jahren sind es bereits 15 %.
- Eine Verteilung nach Altersklassen und Schweregrad der erektilen Dysfunktion der MMAS ergibt folgendes Bild:



(Porst 2000) (Fröhlich 1998) (Muller 2000)

Um die Prävalenz der erektilen Dysfunktion näher zu beschreiben stellt Porst einen Vergleich der MMAS mit dem Kinsey-Report aus dem Jahr 1948 an und stellt fest, dass es in den letzten 5 Jahrzehnten zu einer offensichtlichen Zunahme der Prävalenz der ED gekommen ist.

„Ein Vergleich der zumindest für alle industrialisierten Staaten, also auch für Europa wohl ebenso zutreffenden Daten der MMAS mit dem vor 50 Jahren veröffentlichten Kinsey-Report, demzufolge die Inzidenzzahlen einer ED mit 2 % bei < 40 Jahren, 6,7 % bei 40-50-jährigen, 18,1 % bei 50-70-jährigen und 75 % bei 80-jährigen lagen, zeigt offensichtlich, dass es in den letzten 5 Jahrzehnten zu einer erheblichen Zunahme der Prävalenz der Zivilisationskrankheit ED gekommen ist (Kinsey 1948).“ (Porst 2000, S. 71)

Einige wenige Studien gehen auf die Prävalenz bei Männer unter 40 Jahren ein. So z.B. die Mosaic Studie Nr. 22:

“The population younger than 40 has not been accurately assessed with regard to ED. The few sources we have for this population cite prevalences ranging from 0,7% (in study of subjects aged 28-35) to 7,0% (in a study of men aged 20-30) (Angst J., 1998; Martin CE, 1981). Because data for men younger than 40 are so varied, our ED prevalence estimates consider only the population aged 40 and older.” (Muller 2000, S. 10)

Sigusch erwähnt weiters eine Studie aus den USA, die ebenfalls jüngere Männer einschließt. Von Laumann wurden insgesamt 3.432 Männer und Frauen im Alter von 18 – 59 Jahren in einem persönlichen Interview befragt. 10 % der Männer dieser Studie gaben Erektionsprobleme an. „Bei den Männern ist die Fähigkeit zur Erektion besonders altersabhängig. Während von den 18- bis 29-Jährigen nur etwa 7 % eine Erektionsstörung angeben, sind es bei den 50- bis 59-Jährigen immerhin rund 21 %, also dreimal so viele.“ (Sigusch 2001b, S. 216)

3.4 Behandlung der erektilen Dysfunktion

„Keine Pille kann fehlende Anziehung oder Nähe, kann unbewusste und tiefer reichende Konflikte aus der Welt schaffen. Es wäre zu schön, um wahr zu sein, wenn wir über Pharmaka oder Rauschdrogen verfügten, die fehlende Liebesbeziehungen ersetzen und gestörte Sexualbeziehungen reparierten. Und so können sich die, die jetzt auf die Potenzpille Viagra schwören, bereits glücklich schätzen, wenn Sildenafil (oder sein Nachfolger) tatsächlich bei zwei oder drei von zehn erektionsgestörten Patienten auch noch in zehn Jahren die erwünschte Wirkung haben wird.“
(Sigusch 2000, S. 337)

Je nach persönlicher Sicht und auch nach Berufsstatus des Professionalisten wird dem Mann mit erektiler Dysfunktion eine entsprechende Therapie oder therapeutisches Vorgehen vorgeschlagen werden. In der Behandlungsstrategie von erektiler Dysfunktion wiederholt sich dieselbe Debatte, wie bei den Ursachen der erektilen Dysfunktion. Je nachdem, ob die Ursache im somatischen oder im psychischen Bereich gesehen wird, wird der therapeutische Weg vorgeschlagen und gewählt.

Für die somatische Behandlung der erektilen Dysfunktion stehen heute unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung. Fröhlich hat diese therapeutischen Optionen in eine übersichtliche Form gebracht.

Therapeutische Optionen bei erektiler Dysfunktion

- | | |
|---|--|
| I. Orale Medikation | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aphrodisiaca 2. Yohimbin (α-Rezeptorenblocker) 3. Trazodon (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) 4. Testosteron 5. Sildenafil – Viagra (USA 4/98, Europa 10/98)
Phosphodiesterase-V-Hemmer |
| II. lokale Medikation | <ol style="list-style-type: none"> 1. perkutan: a) Anaesthetica, b) Nitroglycerinspray 2. Intracavernös: = SKAT a) Alprostadil, b) Papaverin, c) Phentolamin 3. Intraurethral = MUSE (medicated urethral System for erection) Alprostatil |
| III. mechanische Erektionshilfen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Vakuumpumpe 2. Erektionsringe (Ecox-System) |
| IV. Elektrostimulation | FEMCC = funktionelle Elektrostimulation des Carpus cavernosum penis |
| V. Operation | <ol style="list-style-type: none"> 1. penile Venenchirurgie („Venöses Leck“) 2. chirurgische rekonstruktive penile Revaskularisation (a-v oder a-s-shunt) 3. Implantate: flexible-Subrini, halbstarr-Jonas, hydraulisch-Scott 4. Penisvergrößerung |

(Fröhlich, S. 205)

Spitzenreiter bei den somatischen Behandlungsformen, ist sicherlich die orale Therapie der Erektionsstörung. Viagra stellt zur Zeit die am häufigsten untersuchte und diskutierte Behandlungsmöglichkeit der erektilen Dysfunktion dar. Volkmar Sigusch hat im deutschsprachigen Raum die umfassendste Literaturanalyse zum Thema Viagra durchgeführt. In diesem Zusammenhang sei auf zwei Publikationen von ihm hingewiesen: „Viagra: Forschungsstand“, Zeitschrift für Sexualforschung 4, 2000 und „Sildenafil (Viagra): Wirkmechanismus und erste Ergebnisse“, in Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, 2001. In diesem Kontext ist das Resümee aus seiner Analyse der aktuellen Studien zur Wirksamkeit von Sildenafil aufgenommen:

„Zusammenfassend kann im Augenblick gesagt werden, dass Sildenafil offenbar dann am besten bzw. relativ besser wirkt,

- wenn die Ausgangswerte bei den IIEF-Fragen 3 und 4 (oder vergleichbarer Parameter) relativ hoch sind, das heißt, wenn keine komplette Erektions-Impotenz vorliegt;
- wenn die Impotenz psychisch und nicht organisch bedingt ist;
- wenn die verminderte Durchblutung der Corpora cavernosa penis nicht auf eine venöse oder kavernöse Insuffizienz zurückgeht, sondern arteriell bedingt ist;
- wenn die nervale Versorgung der Corpora cavernosa penis nicht durch Krankheit oder medizinische Eingriffe weitgehend abgerissen bzw. auf der Ebene des zweiten Motoneurons vollständig unterbrochen ist, wie die schlechten Ergebnisse bei Männern nach einer radikalen, die Nervenverbindungen nicht schonenden Prostatektomie und auch bei Männern zeigen, die an einem Diabetes mellitus leiden.

(Sigusch 2000, S. 320)

Neben den somatischen Behandlungsmöglichkeiten der erektilen Dysfunktion stehen natürlich auch verschiedene psychologische Therapieoptionen offen.

- psychoanalytisch, psychodynamische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Übende Sexualtherapie
- Paartherapie

(Berner 2001), (Csef 1997)

Für Hartmann geht es in der psychotherapeutischen Sexualtherapie hauptsächlich um zwei Aspekte. Beim ersten Aspekt geht es darum, dass der/die TherapeutIn den individuellen Bezugsrahmen sowie die funktionale Bedeutung der sexuellen Funktionsstörung versteht, bevor er/sie therapeutisch handeln kann. Im zweiten Aspekt geht es darum, „dass der Mann sich selbst besser verstehen muß, was ihm freilich nur gelingen kann, wenn der Therapeut ihn versteht. Männer mit sexuellen Störungen verstehen sich in der Regel selbst nicht, ihr sexuelles Versagen erscheint ihnen wie ein Mysterium, die Kränkung und die Angst stehen ganz im Vordergrund, blockieren die ja ohnehin schwierige Innenwahrnehmung noch weiter. In dieser Situation verheißen die körpermedizinischen Methoden eine permanente Befreiung von den verborgenen Ängsten und Bedrohungen, die aber fast immer trügerisch ist. Das Sich-Selbst-Verstehen bedeutet auch, Zugang zur eigenen erotischen Welt zu finden und der Schlüssel zu dieser ist die Imagination.“ (Hartmann 1998, S. 9)

Für die psychotherapeutische Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen werden unterschiedliche Konzepte angeboten. Kaplan schlägt zur aktiven Kurzbehandlung von Erektionsstörungen in der Sexualtherapie folgende Grundsequenzen vor:

1. Sexuelles Lustempfinden ohne Erektion
2. Erektion ohne Orgasmus
3. Extravaginaler Orgasmus
4. Einführung ohne Orgasmus

5. Koitus

Bei diesem strukturierten Vorgehen sind für sie zwei Botschaften von Bedeutung, die der Therapeut / die Therapeutin hervorheben sollte, besonders wichtig:

- „In einer entspannten Verfassung treten Erektionen auf, d.h. der Apparat ist in Ordnung.
- Wenn eine Erektion schwindet, ist sie nicht für immer verloren. Sie stellt sich wieder ein als Reaktion auf zarte Stimulierung. Erektionen kommen und gehen normalerweise im Verlauf ausgedehnter Liebesspiels, außer in sehr jugendlichem Alter, in dem sie längere Zeit anhalten können.“

Um diese Botschaft zu vertiefen, empfiehlt Kaplan die Anwendung der Squeeze-Technik, von Masters und Johnson. Dabei wird die Erektion des Mannes durch eine bestimmte Drucktechnik am Penis zum Abklingen gebracht. Zarte Stimulation bringt die Erektion wieder zurück und der Mann kann die Erfahrung machen, dass sich eine Erektion wieder gewinnen lässt.

(Kaplan 1983, S. 49)

Masters und Johnson haben ebenfalls eine stark strukturierte Vorgehensweise für das therapeutische Arbeiten mit Männern mit Erektionsproblemen entwickelt. Für die therapeutische Arbeit unterscheiden sie Männer, die in einer Beziehung leben und Männer die in keiner festen Beziehung leben. Ihre Methode setzt, für Männer in einer Beziehung, eine kooperationsbereite und verständnisvolle Sexualpartnerin voraus und beinhaltet folgende Schritte:

Überwinden von Erektionsproblemen – Masters und Johnson

Überwinden von Erektionsproblemen in einer Beziehung:

- 1. Schritt: Soll man zum Arzt gehen?
- 1. Schritt, zweite Möglichkeit: Soll man eine Sexualtherapie machen?
- 2. Schritt: Über den Versagensdruck reden
- 3. Schritt: Grundübungen zur Konzentration auf die Sinneswahrnehmung.
- 4. Schritt: Genitalberührungen
- 5. Schritt: Vorsätzlicher Erektionsverlust
- 6. Schritt: Gegenseitiges Berühren
- 7. Schritt: Gegenseitiges Berühren plus Sexualphantasie
- 8. Schritt: Anforderungsloser Genitalkontakt
- 9. Schritt: Sinnlicher Verkehr und mehr
- 10. Schritt: Konsolidieren und vorbeugen

Überwinden von Erektionsproblemen ohne feste Partnerin:

- 1. Soloschritt: Selbsteinschätzung
- 2. Schritt: Das negative Denken verändern
- 3. Schritt: Selbsterkundung
- 4. Schritt: Identifizierung Ihrer erregendsten Phantasien
- 5. Schritt: Selbststimulation plus Phantasien
- 6. Schritt: Vorsätzlicher Erektionsverlust
- 7. Schritt: Übertragung Ihrer Fortschritte auf den Sexualakt mit einer Partnerin

(Masters, 1996, S. 160-181)

Die Paartherapie bei der erektilen Dysfunktion ist laut Berner die Behandlungsmöglichkeit der ersten Wahl. Neuere Diskussionen gehen für ihn über die rein körperlichen Trainingsaspekte der klassischen Paartherapie hinaus. Sie „stellen ganz den Konflikt zwischen Verschmelzungs- bzw. Fusionswünschen auf der einen und Autonomieerleben in einem Akt von Differenzierung und Abgrenzung vom Partner auf der anderen Seite in den Vordergrund“. (Berner 2001, S 14)

Auch Csef betont die stärkere Einbeziehung der Partnerin in den Behandlungsablauf und in die Therapie der erektilen Dysfunktion. „Für die Zukunft wäre eine verstärkte Einbeziehung partnerbezogener Ängste und der Beziehungsdynamik im Behandlungsprozess sehr wünschenswert (Csef 1995, 1997b). Dies dürfte den männlichen Patienten und ihren Partnerinnen sehr gut tun. Die Einbeziehung der Partnerin in den Behandlungsprozess ist aus diagnostischen und therapeutischen Gründen sehr sinnvoll (Schwarzer et al 1992). Auch hier gilt die Lebensweisheit: Kooperation ist besser als Konfrontation! Sehr bedeutsam erscheint es, die interaktionellen Aspekte der erektilen Dysfunktion zu berücksichtigen (Eicher 1978; Zimmer 1987; Pfäfflin 1997). Schon bei der Anamnese, und noch bedeutsamer im späteren Behandlungsprozess, erscheint die Frage bedeutsam: Welche interaktionelle Funktion, welchen Sinn und welche Bedeutung hat die erektile Dysfunktion für die Partnerbeziehung? Beier (1994) hat sehr anschaulich aufgewiesen, dass das Symptom der erektilen Dysfunktion eine wichtige Funktion der „Persönlichkeitsstabilisierung“ haben kann. Sie ist dann ein wichtiger Schutzmechanismus und hat eine protektive Funktion. Intrapsychische und interaktionelle Funktionen und Bedeutungen des Symptoms erektile Dysfunktion müssen deshalb im Behandlungsprozess unbedingt beachtet werden, weil sie großen Einfluss auf die therapeutische Effizienz haben (Outcome-Kriterien). Integrative und

psychosomatisch orientierte Therapiekonzepte können diesen Anspruch am ehesten einlösen (Langer & Hartmann 1992). (Csef 1997, S. 222-223)

Die Diskussionen um die richtige Behandlung der erektilen Dysfunktion ist genauso wenig aufzulösen, wie die Frage nach der Ursache. Zur Zeit ist die Diskussion der geeigneten Therapie der Erektionsstörung durch orale Präparate, wie z.B. mit dem Wirkstoff Sildenafil, bestimmt. Die Basis dieser Diskussion bietet sicherlich die Bereitschaft des Patienten, eine schnelle Lösung für sein Problem zu finden. Bereits Zilbergeld hat dies 1983, vor der Einführung von Viagra, erkannt: „Allzu viel Männer, die Probleme mit der Erektion haben, glauben, dass sie nur irgendein Verfahren, irgendein Mittel anzuwenden brauchen, um ihn hochzukriegen und hochzuhalten. Da es schließlich Aufgabe des Penis ist, steif zu werden, hat vielleicht auch der Doktor eine Pille oder Spritze, um den fehlgeleiteten Penis wieder auf den rechten Pfad zu führen.“ (Zilbergeld 1983, S. 202) Der Doktor hat mittlerweile eine Pille und die findet, zumindest momentan, auch reißenden Absatz.

Natürlich sind in der sexualwissenschaftlichen Literatur und Diskussionen auch viele kritische Bemerkungen bezüglich dieser Einstellung zu verzeichnen. Vor allem aus der psychotherapeutischen Richtung wird vor einer allzu „einfachen“ Lösung für Erektionsprobleme gewarnt. „Ein voreiliges Komplott zwischen Patient und Arzt mit einem durch SKAT oder zukünftig wohl auch Sildenafil (Viagra) ‚hervorgezauberten Phallus‘ ist gegen die Partnerin gerichtet und ein wichtiger Grund für den beklagten häufigen Abbruch solcher Behandlungen.“ (Fröhlich 1998, S. 209) Auch Gschwind greift die Koalition, die oft von Arzt/Ärztin und Patient gegen die Erektionsstörung eingegangen wird, als Gefahr für die Behandlung auf. Dadurch, dass der Arzt/Ärztin sich mit der Abwehr des Patienten verbündet, und die Haltung des Patienten fördert: „Wäre die Störung nicht, dann wäre alles in Ordnung“, birgt die Gefahr den sekundären Krankheitsgewinn – die psychische und soziale Funktion der Störung – zu übersehen. „Denn die sexuellen Funktionsstörungen sind nicht ohne Beziehung und Beziehungswünsche zu erleben und zu verstehen.“ (Gschwind 2001, S. 137)

In diesem Kontext ist nicht zu vergessen, dass die meistens behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen auch Männer sind. Männer die ebenfalls eine „männliche“ Sozialisation hinter sich haben. Die Gefahr der Koalition zwischen behandelndem Mann und funktionsgestörtem Mann ist sehr groß. Die Koalition gilt dem Kampf gegen die nachlassende Potenz. So wird der behandelnde Mann zum „Mitstreiter“ und „Retter“ der männlichen Potenz – oft vielleicht sogar motiviert aus der eigenen Angst vor der nachlassenden Potenz oder aus unbewussten „Allmachtsphantasien“. Die Frage ob sich das Szenario der Behandlung von Erektionsstörungen ändern würde, wenn mehr Frauen die Behandlung von Erektionsstörungen übernehmen würden bleibt momentan reine Spekulation – aber eine nicht uninteressante!

Schmidt drückt dies folgendermaßen aus: „Arzt und Patient, zwei Männer, gehen eine Allianz ein, eine Koalition für den perfekten Penis, oft, ohne es bewusst zu wollen, gegen die Partnerin. Gäbe es mehr Urologinnen und Chirurgen, dann würde sich die „Skat“ – und Prothesenproblematik schlagartig relativieren.“ (Arentewicz & Schmidt 1993, S. 5)

Masters und Johnson sehen sich angesichts der großen Auswahl an unterschiedlichen Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten für Erektionsstörungen veranlasst, dem Patienten eine Warnung, bzw. einen guten Ratschlag zur Orientierung mit auf den Weg zu geben: „Über zwei Dinge sollte man sich allerdings klar sein: Die einzelnen Methoden funktionieren für jeden unterschiedlich gut oder schlecht, und außerdem gibt es keinerlei Garantie dafür, dass eine bestimmte Behandlung überhaupt erfolgreich ist. Falls jemand eine solche Garantie bietet – sei es eine Sexualtherapeut oder Arzt -, sollten Sie gleich die Finger davon lassen.“ (Masters *et al.* 1996, S. 155-156)

Doch welche Orientierung gibt es nun für den behandelnden Arzt/Ärztin oder Therapeut/Therapeutin. Ein Konsens entwickelt sich in der sexualwissenschaftliche

Diskussion immer stärker heraus – die Integration somatischer als auch psychologischer Behandlungsmöglichkeiten.

„Die Trennung von Organogenese und Psychogenese ist für die klinische Praxis wenig hilfreich (Pfäfflin 1997; Eicher 1978; Schwarzer et al 1992). Selbst dann, wenn sich positive Hinweise auf medikamentöse, vaskuläre, nervale oder andere somatische Entstehungsbedingungen der erektilen Dysfunktion ergeben, können trotzdem psychische Faktoren bei der Symptombildung und im Verlauf eine große Rolle spielen. Entsprechend kann eben in diesen Fällen eine Indikation für eine begleitende Psychotherapie gegeben sein. ...Integrierte Therapiekonzepte und die interdisziplinäre Kooperation von Psychosomatikern, Urologen und Gynäkologen haben sich in der Praxis bewährt. Interdisziplinarität und Kooperation erweisen sich so als konstruktive und effektive Therapiestrategien.“ (Csef 1997, S. 224)

Auch Fröhlich bestätigt die Verbindung von somatischen Behandlungsansätzen und Sexualberatung aus seiner urologisch-sexualmedizinischen Sprechstunde: „Eine detaillierte Anamnese und einfühlsame Sexualberatung in Verbindung mit einer eingehenden körperlichen Untersuchung, bei der alle Normalbefunde besonders deutlich herausgestellt und auch ausgesprochen werden sollten, kann schon eine bedeutsame sexualmedizinische Intervention sein. Bis das Ergebnis relevanter Laborbefunde vorliegt, bleibt genügend Zeit, um in meist mehreren Gesprächen Vertrauensverhältnis aufzubauen und schwerpunktmäßig Themen zu bearbeiten, wie z.B.: Akzeptieren von Verlusten, Männlichkeitsmythen, Schuldgefühle, Dadurch wird Introspektion darüber ermöglicht, was bedeutet dieses Organsymptom für mich als Patient, was bedeutet es für meine Partnerin und was bedeutet es für unsere Partnerschaft? Deshalb versuche ich möglichst bald die Partnerin im Paargespräch mit einzubeziehen, in jedem Fall bevor die ‚Medikalisierung‘ geplant ist.“ (Fröhlich 1998, S. 208-209)

Zur Integration der beiden Behandlungsansätze hat er einen diagnostisch-therapeutischen Stufenplan zu Behandlung der erektilen Dysfunktion für die urologisch-sexualmedizinische Sprechstunde entwickelt. Dieser Stufenplan lehnt sich an das PLISSIT- Modell nach Annon (1983) an:

1. Anamnese (allgemeine A., Sexual-A., Sozial-A.) 2. Körperliche Untersuchung 3. Relevante Laborparameter	P
Zeitnehmen und klären: Was bedeutet die erektile Impotenz für mich, meine Partnerin? Partnerin einbeziehen!! Begrenzte Sexualberatung	LI
SKIT und Farbduplexsonografie (evtl. Piss-Test n. Lue – BQE) Evtl. ausführliche sexualmedizinische Beratung	SS
Neurologischer Status (CC-EMG, NPT, BKR, SSEP), psychologische Abklärung	
Pharmako-Cavernosometrie, Pharmako-Cavernosograie, Becken- und Penis-Angiografie	
Sexualmedizinische Behandlung, Gefäßoperationen, Implantate (Penisvergrößerungsplastiken)	IT

Nach Fröhlich's Erfahrungen kann mit diesem Stufenplan für 90 % der Männer mit einer Erektionsstörung eine hinreichende Lösung für ihr Problem gefunden werden. (Fröhlich 1998, S. 208)

Eine besonders eindrucksvolle Lösung der Zusammenarbeit von SomatologInnen und PsychotherapeutInnen zeigt Berner, indem er seine klinischen Erfahrungen aufzeigt. Er versucht dadurch der Angst vieler PsychotherapeutInnen zu begegnen, die befürchten Viagra könnte zu einer „Party Droge“, einem Suchtmittel oder zur dauerhaften Konfliktverdrängung verwendet werden. Damit greift er sicherlich auch die am heftigsten diskutierte somatische Behandlungsmöglichkeit von Erektionsstörungen auf.

- „Viele ältere Patienten kommen nach der ersten Verschreibung von Viagra keineswegs regelmäßig zur Wiederverschreibung. Manche berichten, dass es nach Überwindung ihrer Ängste vor der Altersschwäche auch ohne Viagra wieder ‚etwas besser ging‘. Andere scheinen Viagra dazu benützt zu haben, um sich etwas langsamer und gleitender ihrem natürlichen Alterungsprozess und ihren nachlassenden Bedürfnissen anzupassen.
- Jüngere Männer, die wegen einer primären Erektionsschwäche zunächst vom Urologen Viagra verschrieben bekommen haben, kommen nach anfänglicher Besserung oft doch noch zum Sexualtherapeuten, weil sie nicht ein Leben lang mit einer medikamentösen Krücke leben und nun ‚grundsätzlich‘ etwas gegen ihre ihnen zunächst unerklärliche Störung tun wollen. In machen dieser Fälle hat die Medikation die Erwartungsangst gemildert und die Psychotherapie erst möglich gemacht, in anderen wird Viagra zwischendurch immer wieder eingenommen, was sowohl den Therapeuten wie den Patienten die Sicht darauf verstellt, was nun Konflikt, was organisch bedingte Störung ist. Da die Kombination von körperlichen und psychischen Störungen viel häufiger sein dürfte als die monokausalen Störungen, werden wir wohl in Zukunft nach pragmatischen Wegen einer vernünftigen Integration medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung suchen müssen. Davon sind wir heute noch weit entfernt.
- Bei massiven Sexualkonflikten und tiefer Angst vor der Partnerin bleibt Viagra wirkungslos oder es wird von Patienten abgelehnt, was häufig mit Angst vor Nebenwirkungen rationalisiert wird. Oft braucht es dann eine langfristige Psychotherapie, in der die unbewussten Anteile dieser Angst aufgearbeitet werden müssen, bis der Patient sich frei gegen die vorher so ambivalent gewünschte Kohabitation oder auch für eine Partnerschaft entscheiden kann (möglicherweise dann mit konfliktfreier Unterstützung durch Viagra).
- Nur wenige Patienten berichten, dass sie selbst oder auch ihre Partnerinnen das Gefühl einer ‚gemachten‘ Erektion hatten, die mit ihrem Gefühlsleben nicht

korrelierte. Solche Äußerungen sind bei der Selbstinjektion von Prostaglandin in den Penis viel häufiger, da bei diesem Vorgehen die Erektion unabhängig von der psychischen Stimulierung eintritt. Das Auftreten solcher Gefühle von Künstlichkeit dürfte im Fall von Viagra mehr mit einer Ambivalenz des Begehrens zu tun haben oder damit, dass die Partnerinnen die ‚neue‘ Erektion nicht mit dem sonstigen Verhalten ihrer Partner in Einklang bringen können und daher nicht als Ausdruck seines Begehrens begreifen. Psychotherapie könnte in diesen Fällen helfen, die ‚Krücke, ähnlich wie das Insulin beim Diabetes, zu akzeptieren.

- Es liegen uns auch Einzelerfahrungen mit Patienten vor, die in einer Partnerschaft leben, die durch immer wieder auftretende paraphile Impulse gefährdet ist. Wenn eine gleichzeitige Funktionsstörung die sexuelle Befriedigung in der Partnerschaft behindert, kann unter Umständen die Verordnung von Viagra zur Stabilisierung der Lust in der Partnerschaft und zur Reduktion der reaktiven paraphilen Impulse führen.“
(Berner 2001, S. 13-14)

4. Verwendete Literatur

- Arentewicz, Gerd & Schmidt, Gunter** (1993): *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Stuttgart: Enke.
- Berner, Wolfgang** (2001): *Tendenzen in der Behandlung der funktionellen Sexualstörung des Mannes*. In: Zeitschrift für Sexualforschung, 4 (14. Jahrgang). S. 316-335.
- DIMDI, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information** (1995): *ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.*
- Fröhlich, G.** (1998): *Psychosomatik männlicher Sexualität*. In: Sexuologie, Band V (4/98). S. 203-211.
- Gschwind, Herbert** (2001): *Das sexuelle Symptom in der Sprechstunde*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 124-137.
- Hartmann, Uwe** (1998): *Männer als Patienten in der Sexualtherapie*. In: Sexuologie, 1 (Band V). S. 1-10.
- Hartmann, Uwe** (1999): *Sildenafil (Viagra) in der Sexualmedizin: Fakten, Mythen, Möglichkeiten*. In: Sexuologie, 4 (Band VI). S. 235-244.
- Hollstein, Walter** (1993): *Die Männerfrage*. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 6/93. S. 3-14.
- Kaplan, Helen Singer** (1983): *Sexualtherapie. Ein neuer Weg für die Praxis*. Stuttgart: Enke.
- Martin, Mike & Schmitt, Marina** (2000): *Partnerschaftliche Interaktion im mittleren Erwachsenenalter als Prädiktor von Zufriedenheit bei Frauen und Männern in langjährigen Beziehungen*. In: Pasqualina Perrig-Chiello & Francois Höpflinger (Hrsg.): *Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*. Bern: Haupt. S. 77-98.
- Masters, William H. u. a.** (1996): *Heterosexualität. Die Liebe zwischen Mann und Frau*. Wien: Ueberreuter.
- Porst, Hartmut** (2000): *Manual der Impotenz. Erektions-, Ejakulations- und Hormonstörungen, Peniskrankungen, weibliche Sexualstörungen*. Bremen: Uni-Med.
- Richter-Appelt, Hertha** (2001): *Psychoanalyse und sexuelle Funktionsstörungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 261-279.
- Saß, Henning u. a.** (1998): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmauch, Ulrike** (2001): *Probleme der männlichen Sexualität*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 66-78.
- Schrader, Christiane & Heyer, Silvia** (2001): *Grundzüge der Sexualberatung*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 138-165.
- Sigusch, Volkmar** (2000): *Viagra: Forschungsstand*. In: Zeitschrift für Sexualforschung, 4 (13. Jahrgang). S. 311-345.

Sigusch, Volkmar (2001): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlungen*. Stuttgart: Thieme.

Sigusch, Volkmar (2001): *Was heißt sexuelle Störung?* In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 9-15.

Sigusch, Volkmar (2001): *Kultureller Wandel der Sexualität*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 16-52.

Sigusch, Volkmar (2001): *Diagnostik und Differenzialdiagnostik sexueller Störungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 166-189.

Sigusch, Volkmar (2001): *Symptomatologie, Klassifikation und Epidemiologie sexueller Störungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 190-223.

Sigusch, Volkmar (2001): *Organogenese sexueller Funktionsstörungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 224-260.

Singer Kaplan, Helen (2000): *Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Thiele, Andreas (2000): *Männer, Maskulinität und psychische Adaption im Kontext körperlicher Altersveränderungen*. In: Pasqualina Perrig-Chiello & Francois Höpflinger (Hrsg.): *Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*. Bern: Haupt. S. 119-144.

Tiefer, Leonore (1998): *Doing the Viagra Tango. Die Sex-Pille als Symbol und als Substanz*. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, 4 (11. Jahrgang). S. 346-352.

Tiefer, Leonore (2000): *Sex ist open-ended like music*. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, 4 (13. Jahrgang). S. 346-357.

Zilbergeld, Bernie (1983): *Männliche Sexualität. Was nicht alle schon immer über Männer wußten*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Deutschsprachige Literaturrecherche
(Stand 2002)

Psyndex – CD-Rom Datenbank
Medline Literaturdatenbank

Literaturrecherche: Psyndex

Aigner, Josef Christian (1996): *Auf den Leib geschrieben Koerper und Biographie in Paartherapie und Psychoanalyse*. In: Psychologie in der Medizin, 7 (3). S. 15-19.

Althaus, Elisabeth (2001): *Sexuelle Funktionsstoerungen. Serioese Informationen aus dem Internet*. In: Psychotherapeut, 46 (4). S. 269-270.

Amati Mehler, Jacqueline (1994): *Liebe und Impotenz beim Mann*. In: Psyche, 48 (9-10). S. 842-865.

Angst, J. (1998): *Sexual problems in healthy and depressed persons Sexuelle Probleme bei Gesunden und Depressiven*. In: International Clinical Psychopharmacology, 13 (Suppl. 6). S. S1-S4.

Anonymus (1995): *Yohimbin und Antidepressivum gegen Erektionsstoerung Die Behandlung einer psychogenen Impotenz*. In: Sexualmedizin, 17 (9). S. 250.

Apfelbaum, Bernhard (1988): *Ich-analytische Sexualtherapie*. In: Fred Christmann (Hrsg.): Heterosexualitaet. Ein Leitfadent fuer den Therapeuten. Berlin: Springer. S. 99-159.

Arentewicz, Gerd & Schmidt, Gunter (1980): *Sexuell gestoerte Beziehungen Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin: Springer.

Arentewicz, Gerd & Schmidt, Gunter (1981): *Die Behandlung sexueller Funktionsstoerungen Das Hamburger Paartherapie-Projekt*. In: Partnerberatung, 18 (3-4). S. 155-162.

Arentewicz, Gerd & Schmidt, Gunter (1986): *Psychotherapie Psychotherapy of sexual function disturbances*. In: Gerd Arentewicz & Gunther Schmidt (Hrsg.): Sexuell gestoerte Beziehungen. Konzepte und Technik der Paartherapie. Berlin: Springer. S. 49-60.

Arentewicz, Gerd & Schmidt, Gunter (1986): *Sexuell gestoerte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin: Springer.

Arentewicz, Gerd (1994): *Die Arbeit in der Sexualambulanz an der Psychiatrischen Poliklinik 1987-1993. Erfahrungen und Ergebnisse*. In: Volker Arolt & Christian Reimer (Hrsg.): Perspektiven psychiatrischer Versorgung. Regensburg: Roderer. S. 56-59.

Baier, D. & Philipp, M. (1994): *Die Beeinflussung sexueller Funktionen durch Antidepressiva*. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 62 (1). S. 14-21.

Bancroft, John & Myerscough, Philip (1985): *Grundlagen und Probleme der menschlichen Sexualitaet*. Stuttgart: Enke.

Bancroft, John (1991): *Die Zweischneidigkeit der Medikalisierung maennlicher Sexualitaet*. In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 4 (4). S. 294-308.

Bayen, Ute J. u. a. (1999): *Alter*. In: Herta Flor, Niels Birbaumer & Kurt Hahlweg (Hrsg.): Grundlagen der Verhaltensmedizin. Goettingen: Hogrefe. S. 488-556.

Becker, Wolf Dieter (1987): *Ungestoerte Sexualitaet in der Ehe - gibt es das?* In: DAJEB Informationsrundschriften, 174. S. 24-26.

- Becker, Nikolaus** (1996): *Psychogenese und psychoanalytische Therapie sexueller Störungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 166-179.
- Beier, K. M. u. a.** (2000): *Sexualität und Partnerschaft bei neurologischen Erkrankungen*. In: *Psychomed*, 12 (3). S. 151-159.
- Beier, Klaus M.** (2000): *Krankheits- und behandlungsbedingte Sexualstörungen*. In: *Psychomed*, 12 (3). S. 136-143.
- Beier, Klaus M. u. a.** (2001): *Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson - Ergebnisse einer empirischen Studie bei Betroffenen und ihren Partnern*. In: *Sexuologie*, 8 (1). S. 19-41.
- Benedetti, Gaetano** (1977): *Impotenz und Frigidität Eine kurze Uebersicht der sexualneurotischen Fragen*. In: *Praxis der Psychotherapie*, 22 (6). S. 257-264.
- Benz Andreas, E. & Auslaender, Jossi** (1979): *Analytisch orientierte Kurz-Psychotherapie der Impotenz und Ejaculatio praecox*. In: *Psyche*, 33 (5). S. 395-406.
- Bitzer, Johannes** (1995): *Fünf therapeutische Ebenen Psychosoziale Aspekte der männlichen Impotenz*. In: *Sexualmedizin*, 17 (7-8). S. 212-215.
- Borneman, Ernest** (1991): *Kann man Sexualität numerieren? Kritische Anmerkungen zur Klassifikation psychosexueller Störungen im DSM-III-R*. In: *Psychologie in Österreich*, 11 (4). S. 93-95.
- Borneman Ernest, Ed** (1979): *Sexualität Materialien zur Sexualforschung*. Weinheim: Beltz.
- Braehler, Elmar u. a.** (1994): *Subjektive und objektive Bewertung des Operationserfolges nach venöser Potenzchirurgie*. In: *Zeitschrift fuer Medizinische Psychologie*, 3 (3). S. 131-136.
- Braeutigam, Walter & Clement, Ulrich** (1989): *Sexualmedizin im Grundriss Eine Einführung in Klinik, Theorie und Therapie der sexuellen Konflikte und Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Brandenburg, Ulrike & Kersting, Heinz J.** (2001): *Ein systemischer Zugang bei der Behandlung sexueller Störungen*. In: *Psychotherapie im Dialog*, 2 (3). S. 261-269.
- Brunner, Heinz** (1990): *Sexuelle Störungen und negatives Selbstbild Psychosexuelle Reaktionen aus systemischer Sicht*. In: Martin Heide & Hans Wuenschel (Hrsg.): *Sucht und Sexualität. Beiträge des 5. Landauer Symposions*. Bonn: Nagel. S. 23-36.
- Buchholz, Niels Peter u. a.** (1994): *Erektile Dysfunktion nach Vasektomie*. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (7). S. 759-762.
- Buddeberg, C. & Labhart, J.** (1986): *Sind Behandlungsabbrüche therapeutische Misserfolge? Eine katamnestiche Untersuchung an Patienten mit funktionellen Sexualstörungen*. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36 (9-10). S. 295-300.
- Buddeberg, Claus u. a.** (1994): *Die lustlose Frau - der impotente Mann Zur sexuellen Beziehungsdynamik in ehelichen Zweierbeziehungen*. In: *Familiendynamik*, 19 (3). S. 266-280.

- Buddeberg, Claus** (1996): *Sexualberatung Eine Einfuehrung fuer Aerzte, Psychotherapeuten und Familienberater*. Stuttgart: Enke.
- Buesing, Sabine & Liedtke, Reinhard** (1999): *Spezialambulanz fuer sexuelle Funktionsstoerungen Ein Erfahrungsbericht im Kontext empirischer Daten*. In: Sexualmedizin, 21 (10). S. 266-273.
- Bullinger, Monika u. a.** (1997): *Erfassung der Lebensqualitaet von Patienten mit erektiler Dysfunktion und deren Partnerinnen*. In: Michael H. Wiegand & Goetz Kockott (Hrsg.): *Partnerschaft und Sexualitaet im hoeheren Lebensalter*. Wien: Springer. S. 61-76.
- Christmann, Fred & Hoyndorf, Stephan** (1990): *Sexuelle Stoerungen*. In: Dirk Revenstorf (Hrsg.): *Klinische Hypnose*. Berlin: Springer. S. 254-265.
- Crombach, Gerhard** (1979): *Verhaltenstherapie sexueller Stoerungen bei Maennern ohne derzeitige Partnerin*. In: Partnerberatung, 16 (2). S. 69-80.
- Csef, Herbert** (1986): *Sexualstoerungen - Was Angst anrichten kann*. In: Sexualmedizin, 15 (11). S. 572-574.
- Csef, Herbert** (1997): *Angst als "Lustkiller" Psychodynamik der Angst bei funktionellen Sexualstoerungen*. In: Sexualmedizin, 19 (4). S. 109-112.
- Cyran, Wolfgang & Halhuber, Max Joseph** (1992): *Erotik und Sexualitaet im Alter*. Stuttgart: Fischer.
- Diederichs, Peter & Diederichs Paeschke, Veronika** (2000): *Urologische Psychosomatik Zur Theorie und Praxis psychosomatischer Stoerungen in der Urologie*. Bern: Huber.
- Dmoch, Walter** (1989): *Koerperorientierte Verfahren in der Sexualtherapie Koennen uebende Verfahren hilfreich sein?* In: Sexualmedizin, 18 (12). S. 574-582.
- Dmoch, Walter** (1995): *Sexuelle Funktionsstoerungen des Mannes und ihre Behandlung*. In: Psycho, 21 (11). S. 658-669.
- Dmoch, Walter** (2000): *Therapie sexueller Funktionsstoerungen*. In: Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer, 5 (2). S. 208-214.
- Fahrner, Eva Maria** (1984): *Sexualstoerungen bei maennlichen Alkoholabhaengigen: Haeufigkeit und Behandlung*. Trier: Eigenverlag.
- Fahrner, Eva Maria** (1984): *Haeufigkeit von Sexualstoerungen bei maennlichen Alkoholabhaengigen: eine empirische Untersuchung*. In: Suchtgefahren, 30 (3). S. 153-159.
- Fahrner, Eva Maria** (1990): *Sexualstoerungen bei Abhaengigen Haeufigkeit und Moeglichkeit der Therapie*. In: Pro Familia Magazin, 18 (5). S. 14-16.
- Fahrner, Eva Maria** (2000): *Verhaltenstherapie sexueller Stoerungen fuer Maenner ohne Partnerin: Was ist therapeutisch moeglich?* In: Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer, 5 (2). S. 215-222.
- Falck, H. R.** (1986): *Indikation und Prognose der modifizierten Paartherapie nach Masters und Johnson - Eigene Erfahrungen mit 55 Paaren*. In: B. Fervers-Schorre, H. Poettgen & M. Stauber (Hrsg.): *Psychosomatische Probleme in der Gynaekologie und Geburtshilfe*. Berlin: Springer. S. 154-159.

- Falck, Hanns Richard** (1997): *Analytische Therapie mit Paaren bei Sexualstörungen*. In: Sexualmedizin, 19 (9). S. 243-250.
- Fedel, Michael u. a.** (1995): *Die Therapie der erektilen Dysfunktion Ein Vergleich zwischen SKAT und Vakuumerektionspumpen*. In: Sexualmedizin, 17 (9). S. 236-242.
- Fichtner, Joerg** (2001): *Aspekte männlicher Sexualität: Zur Soziologie und Psychologie von Empfängnisverhütung und sexuellen Problemen*. In: Elmar Braehler & Joerg Kupfer (Hrsg.): Mann und Medizin. Göttingen: Hogrefe. S. 109-127.
- Fiegel, G. & Kulhanek, F.** (1994): *Nebenwirkungen Durch Psychopharmaka mögliche Störungen der männlichen Sexualität*. In: Sexualmedizin, 16 (6). S. 186-190.
- Fiegel, G.** (1996): *Keine Folge des Alterns Mögliche Störungen der männlichen Sexualität durch Pharmaka*. In: Sexualmedizin, 18 (5). S. 137-143.
- Fiegenbaum, W. & Tuschen Caffier, B.** (2000): *Systemimmanente Gesprächsführung und Reizkonfrontation als Behandlungsmethoden bei sexuellen Funktionsstörungen*. In: Verhaltenstherapie, 10 (1). S. 32-39.
- Fliegel, Steffen & Winter, Ursula** (1992): *Literaturübersicht (deutschsprachig) zu: Sexuelle Störungen Symptomatologie, Ätiologie, Beratung und Psychotherapie*. In: Verhaltenstherapie, 2 (4). S. 346-353.
- Fliegel, Steffen** (1997): *Verhaltenstherapie bei sexuellen Störungen*. In: TW Neurologie Psychiatrie, 11 (9). S. 574-580.
- Fliegel, Steffen** (1998): *"Die Pille fördert nicht die Lust und schon gar nicht die Leidenschaft" Ein Gespräch mit dem Psychotherapeuten Steffen Fliegel über die Potenzpille Viagra und ihre Auswirkungen auf den Mann, die Frau und die Partnerschaft*. In: Psychologie heute, 25 (9). S. 26-27.
- Fliegel, Steffen** (2001): *Verhaltenstherapie bei sexuellen Problemen*. In: Psychotherapie im Dialog, 2 (3). S. 252-260.
- Frick Bruder, Viola** (1997): *Der Mensch altert, wie er geliebt hat Überlegungen zur Psychotherapie sexueller Störungen bei älteren Menschen*. In: Sexualmedizin, 19 (11). S. 294-297.
- Froehlich, Hans H.** (1996): *Sexualtherapie ist Paartherapie Funktionelle Sexualstörungen oder Störungen von Funktionen der Sexualität?* In: Sexualmedizin, 18 (4). S. 103-108.
- Fuchs, Karl u. a.** (1989): *Hypnotherapie männlicher Impotenz*. In: Experimentelle und klinische Hypnose, 5 (2). S. 103-115.
- Gnirss Bormet, Ruth u. a.** (1995): *Sexualmedizinische Diagnostik und Therapie von Erektionsstörungen in einer Spezialsprechstunde*. In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 8 (1). S. 12-23.
- Goetzmann, Lutz** (1998): *Antidepressiva-induzierte sexuelle Dysfunktionen Ihre Ursachen und ihre Behandlung*. In: Sexualmedizin, 20 (11). S. 305-310.
- Graf, H. & Ludvik, G.** (1989): *Niereninsuffizienz und Sexualstörungen Ursachen und Therapieansätze*. In: Sexualmedizin, 18 (4). S. 160-166.

- Hartmann, Uwe & Langer, Dieter** (1992): *Erektile Dysfunktionen Ein integriertes sexual- und pharmakotherapeutisches Behandlungskonzept*. In: Zeitschrift fuer Medizinische Psychologie, 1 (3). S. 120-128.
- Hartmann, U.** (1993): *Patentloesung SKAT? Versuch einer Typologie zufriedener Anwender The SKAT solution?* In: Sexualmedizin, 22 (11). S. 360-366.
- Hartmann, Uwe** (1994): *Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion Theoretische Grundlagen und Praxisempfehlungen aus einer multidisziplinaeren Spezialsprechstunde*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Hartmann, Uwe** (1995): *Die kombinierte psycho-somatische Behandlung erektiler Dysfunktionen*. In: Psycho, 21 (11). S. 651-657.
- Hartmann, Uwe** (1996): *Spritze und Gespraech Integrative Therapie sexueller Funktionsstoerungen beim Mann*. In: Sexualmedizin, 18 (11). S. 302-305.
- Hartmann, Uwe & Kockott, Goetz** (2000): *Somato-Psychotherapie bei Erektionsstoerungen: Ansaetze zu einer integrativen Behandlung sexueller Dysfunktionen*. In: Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer, 5 (2). S. 247-253.
- Hartwich, Peter** (1994): *Sexuelle Stoerungen bei psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen Ein Beitrag zu Diagnostik und Therapie*. In: Psycho, 20 (6). S. 262-266.
- Hauch, Margret** (2000): *Intimitaet wagen. Paartherapie bei sexuellen Problemen*. In: Peter Kaiser (Hrsg.): Partnerschaft und Paartherapie. Goettingen: Hogrefe. S. 305-322.
- Hecker, Norbert** (2001): *Sexualberatung*. In: Psychotherapie im Dialog, 2 (3). S. 291-295.
- Heim, Dieter & Strauss, Bernhard** (2001): *Klinisch-psychologische Aspekte der erektilen Dysfunktion: Die Bedeutung psychosozialer Faktoren*. In: Zeitschrift fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30 (2). S. 97-103.
- Heiser, Kristina u. a.** (2000): *"Die Migraene des Mannes" Die Bedeutung von Erektionsstoerungen fuer die Partnerin*. In: Sexualmedizin, 22 (4). S. 103-106.
- Heisterkamp, Guenter** (1988): *Individualpsychologische Prinzipien der Behandlung sexueller Stoerungen*. In: Zeitschrift fuer Individualpsychologie, 13 (1). S. 41-53.
- Henrichs, Helmut R.** (1985): *Stoerung der Potenz als Folge des Diabetes mellitus Teil II: Therapeutisches Vorgehen nach einem Fuenf-Stufen-Schema*. In: Sexualmedizin, 14 (6). S. 325-330.
- Henrichs, Helmut R.** (1985): *Stoerung der Potenz als Folge des Diabetes mellitus Teil I: Versuch einer klinischen Uebersicht*. In: Sexualmedizin, 14 (5). S. 266-272.
- Henrichs, Helmut R.** (1988): *Sexuelle Funktionsstoerungen bei Diabetes mellitus Genese, Therapie, Praevention*. In: Sexualmedizin, 17 (9). S. 504-510.
- Hilger, Eva & Kasper, Siegfried** (1999): *Depression und Sexualstoerungen - ein Circulus vitiosus Was ist pathophysiologisch, was ist medikamentoes induziert?* In: Psychopraxis, 2 (3). S. 37-43.
- Hoyndorf, Stephan & Christmann, Fred** (1998): *Kognitive Verhaltenstherapie bei sexuellen Funktionsstoerungen*. In: Martin Hautzinger (Hrsg.): Kognitive Verhaltenstherapie bei

psychischen Störungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union. S. 385-415.

Janssen, Paul L. (1986): *Zur Differenzierung und Spezifität der Psychodynamik funktioneller Sexualstörungen bei Männern*. In: Zeitschrift fuer Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 32 (1). S. 27-43.

Janssen, Paul L. (1988): *Zur Diagnose und Psychotherapie männlicher Sexualstörungen aus psychodynamischer Sicht*. In: Elmar Braehler & Annelene Meyer (Hrsg.): Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit. Beiträge aus Forschung und Praxis. Berlin: Springer. S. 241-249.

Jovanovic, Uros J. & Vogt, Hermann J. (1984): *Der Schlaf bringt es an den Tag Biorhythmische Therapiekontrolle bei Erektionsstörungen*. In: Sexualmedizin, 13 (9). S. 510-517.

Kaemmerer, Annette & Rosenkranz, Joachim (2001): *Sexuelle Störungen*. In: Alexa Franke & Annette Kaemmerer (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe. S. 323-354.

Kaplan, Helen Singer (1983): *Sexualtherapie Ein neuer Weg fuer die Praxis*. Stuttgart: Enke.

Kaplan, Leon (1989): *Biochemie der Liebe*. In: Sexualmedizin, 18 (12). S. 568-570.

Kaplan, Helen Singer (2000): *Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens*. Stuttgart: Thieme.

Kaplan Helen, S. (1979): *Die "neue Sextherapie" Ein Ueberblick*. In: Familiendynamik, 4 (1). S. 3-22.

Kaplan Helen, S. (1981): *Hemmungen der Lust Neue Konzepte der Psychosexualtherapie*. Stuttgart: Enke.

Kemper, Johannes (1992): *Sexualtherapeutische Praxis Teil II: Forschungsergebnisse und Materialien*. München: Pfeiffer.

Kemper, Johannes (1992): *Sexualtherapeutische Praxis Teil I: Arbeitsformen*. München: Pfeiffer.

Kinzl, Johann u. a. (1995): *Frühe Beziehungserfahrungen und sexuelle Funktionsstörungen*. In: Psychologie in der Medizin, 6 (2). S. 12-16.

Kinzl, Johann F. u. a. (1996): *Sexuelle Dysfunktion bei Männern: Die Bedeutung ungunstiger Kindheitserfahrungen*. In: Child Abuse & Neglect, 20 (8). S. 759-766.

Kinzl, Johann F. u. a. (1997): *Sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen: Bedeutung eines dysfunktionalen Familienklimas und sexuellen Missbrauchs*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 47 (2). S. 41-45.

Kleber, Reinhardt August (1984): *Zur psychischen und sexuellen Situation von Patienten nach einer radikalen Prostatektomie*. Hamburg: Eigenverlag.

Kochenstein, Paul (1999): *Der Weg zur gemeinsamen Lust Verhaltenstherapeutische Behandlung funktioneller Sexualstörungen*. In: Sexualmedizin, 21 (3). S. 70-74.

Kochenstein, Paul (2000): *Sexualität und Partnerschaft aus sexualtherapeutischer Sicht*.

In: Serge K. D. Sulz (Hrsg.): Paartherapien. Von ungluecklichen Verstrickungen zu befreiter Beziehung. München: CIP-Medien. S. 285-304.

Kochenstein, Paul (2000): *Liebe, Vertrauen und Wertschaetzung. Sexualitaet und Partnerschaft aus sexualtherapeutischer Sicht (II)*. In: Sexualmedizin, 22 (11). S. 303-308.

Kockott, Goetz (1981): *Sexuelle Funktionsstoerungen des Mannes Eine vergleichende Untersuchung aus psychologischer, psychophysiologischer und neuroendokriner Sicht*. Stuttgart: Enke.

Kockott, Goetz (1988): *Maennliche Sexualitaet Funktionsstoerungen. Erkennen, Beraten, Behandeln*. Stuttgart: Hippokrates.

Kockott, Goetz (1989): *Die Psyche ist immer dabei! Beratungspraxis bei Erektionsstoerungen*. In: Sexualmedizin, 18 (6). S. 294-299.

Kockott, Goetz (1989): *Sexualitaet*. In: Manfred Bergener (Hrsg.): Depressive Syndrome im Alter. Theorie, Klinik, Praxis. Stuttgart: Thieme. S. 155-162.

Kockott, Goetz (1995): *Die Sexualitaet des Menschen*. München: Beck.

Kockott, Goetz (1997): *Sexualitaet kennt keine Altersgrenze Sexuelle Probleme alternder Maenner*. In: Sexualmedizin, 19 (1). S. 10-14.

Kockott, G. (2000): *Sexuelle Stoerungen*. In: Hanfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.): Erlebens- und Verhaltensstoerungen, Abhaengigkeit und Suizid. Berlin: Springer. S. 355-391.

Kockott, Goetz & Fahrner, Eva Maria (2000): *Sexualstoerungen des Mannes*. Göttingen: Hogrefe.

Kokott, G. u. a. (1997): *Stoerungen der Sexualitaet - Teil 2*. In: Krankenhauspsychiatrie, 8 (4). S. 165-170.

Kreidt, Baerbel (1987): *Wie Maenner lernen, Erregung zu geniessen Erfahrungen aus einer Gruppentherapie bei sexuellen Stoerungen*. In: Sexualmedizin, 16 (12). S. 500-508.

Kulzer, Bernhard (1995): *Erektile Dysfunktion bei Diabetes - ein verhaltensmedizinisches Problem*. In: Zeitschrift fuer Medizinische Psychologie, 4 (3). S. 136-146.

Langer, Dieter (1988): *Erektionssprechstunde fuer Soma und Psyche*. In: Sexualmedizin, 17 (12). S. 672-676.

Langer, Dieter & Hartmann, Uwe (1992): *Psychosomatik der Impotenz Bestandsaufnahme und integratives Konzept*. Stuttgart: Enke.

Leonhard, Ludwig (1981): *Erkenntnistherapie bei neurotischer Impotenz des Mannes*. In: Psychobiologie, 29 (1-4). S. 76-81.

Lietz, Burckhard (1985): *Unterleibsangste - der Verlust des Sichtbaren Beobachtungen im Krankenhaus Abdominal anxieties - the loss of the visible. Observations in a hospital*. In: Sexualpaedagogik und Familienplanung, 13 (5). S. 8-9.

Mann, Klaus u. a. (1996): *Auswirkungen von Yohimbin auf die Sexualitaet und naechtlige Tumescenz des Penis sowie Steifheit bei erektiler Dysfunktion*. In: Archives of Sexual Behavior, 25 (1). S. 1-16.

- Mattarelli, Gianfranco** (1995): *SKAT die Therapie der Wahl Ursachen und Therapie-Alternativen von Erektionsstörungen*. In: Sexualmedizin, 17 (10). S. 268-270.
- Moeller Gambaroff, Marina** (1982): *Sexualstörungen - Ausdruck einer Beziehungskrise*. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 27 (1). S. 17-24.
- Moesler, Thomas u. a.** (2000): *Sexualstörungen Epidemiologie, Behandlung, Ausbildung zum Sexualtherapeuten*. In: PsychotherapeutenFORUM, 7 (2). S. 13-15.
- Molnar, Stefan** (1987): *Unsere Ambulanz fuer Erektionsstörungen*. In: Sexualmedizin, 16 (4). S. 162-169.
- Moors, Jan P. C.** (1986): *Was kann der Hausarzt tun? Patienten mit sexuellen Problemen*. In: Sexualmedizin, 15 (9). S. 446-448.
- Nika, E. & Briken, P.** (2000): *Die Anwendung von Viagra(R) bei Frauen - Eine kasuistische Beschreibung von fuenf Frauen*. In: Sexuologie, 7 (4). S. 223-232.
- Nolte, Friedrich** (1996): *Sexualberatung*. In: Holger Brandes & Hermann Bullinger (Hrsg.): Handbuch Maennerarbeit. Weinheim: Psychologie Verlags Union. S. 292-305.
- Paeslack, Volkmar** (1993): *Medizinische Aspekte der Querschnittlaehmung Ende der Sexualitaet?* In: Sexualmedizin, 22 (1). S. 27-30.
- Pfaefflin, F.** (1997): *Hysterische Aspekte sexueller Funktionsstörungen*. In: Gerhardt Nissen (Hrsg.): Hysterie und Konversion. Praevention und Therapie. Bern: Huber. S. 81-87.
- Pfeiffer, W. u. a.** (1991): *Unerwünschte Wirkungen psychopharmakologischer Langzeittherapie auf die sexuellen Funktionen*. In: Psychiatrische Praxis, 18 (3). S. 92-98.
- Pfeiffer, Wolfgang & Kockott, Goetz** (1992): *Sexualitaet unter Psychopharmaka Auswirkungen einer Langzeittherapie bei psychiatrischen Patienten*. In: Sexualmedizin, 21 (3). S. 108-116.
- Poeldinger, Walter** (1984): *Koro oder Shook Yang Eine funktionelle Sexualstörung bei Maennern im Fernen Osten*. In: Sexualmedizin, 13 (3). S. 152-153.
- Poettgen Kleefen, Johanna & Poettgen, Herwig** (1988): *Unsere Paartherapie fuer sexuelle Störungen Kritische Anmerkungen zum genitalzentrierten, physiotherapeutischen, fokussierenden Vorgehen*. In: Sexualmedizin, 17 (3). S. 135-136.
- Porst, Hartmut** (1991): *Was jedermann ueber Sexualitaet und Potenz wissen sollte Maennliche Sexualitaet/Koerperliche und seelische Ursachen fuer Sexualstörungen/Medizinische Behandlung/Psychologische und partnerschaftliche Bewaeltigung*. Stuttgart: Trias.
- Porst, Hartmut** (1992): *Impotenz: Moegliche Ursachen - individuelle Heilungschancen*. In: Pro Familia Magazin, 20 (3). S. 10-13.
- Porst, Hartmut** (2000): *Manual der Impotenz. Erektions-, Ejakulations- und Hormonstörungen, Penisserkrankungen, weibliche Sexualstörungen*. Bremen: Uni-Med.
- Pozarnik, Hubert** (1977): *Ich-Analyse und Verhaltenstherapie bei der Impotenz*. In: Dynamische Psychiatrie, 10 (6). S. 438-447.

- Rentrop, Ekkehard** (1983): *Die Bedeutung der Penisprothese im Paarkonflikt*. In: Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie, 9 (1). S. 70-78.
- Rentrop, Ekkehard** (1984): *Zur Psychodynamik des Wunsches nach der Penisprothese*. In: Zeitschrift fuer Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 30 (4). S. 386-393.
- Rentrop, Ekkehard** (1986): *Ueberlegungen zur Schwellkoerperimplantation bei psychogener Impotenz*. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 31 (3). S. 145-149.
- Richter Appelt, Hertha** (1999): *Sexuelle Funktionsstoerungen und Psychoanalyse*. In: Psychotherapeut, 44 (5). S. 279-287.
- Rodewig, Klaus & Janssen, Paul L.** (1993): *Zur Psychosomatik der erektilen Dysfunktion*. In: Psycho, 19 (4). S. 250-260.
- Rosen, Raymond C.** (1998): *Ueber Viagra*. In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 11 (3). S. 271-280.
- Scherb, W. H. u. a.** (1987): *Differentialdiagnose und Behandlung somatischer und funktioneller Formen der diabetischen erektilen Impotenz*. In: F. Strian, R. Hoelzl & M. Haslbeck (Hrsg.): *erhaltensmedizin und Diabetes mellitus. Psychobiologische und verhaltenspsychologische Ansaetze in Diagnostik und Therapie*. Berlin: Springer. S. 414-428.
- Schmidt, Gunter** (1994): *Der von der Seele befreite Phallus*. In: Pro Familia Magazin, 22 (3). S. 9-11.
- Schmidt, Gunter** (1996): *Paartherapie bei sexuellen Funktionsstoerungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Stoerungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 180-199.
- Schmidt, Gunther** (2001): *Paartherapie bei sexuellen Funktionsstoerungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Stoerungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 280-302.
- Schneider, Hartmut** (2001): *Sexualitaet Ihre Entwicklung - ihre Endlichkeit - ihre Stoerungen*. 57. Psychotherapie-Seminar Freudenstadt. Heidelberg: Mattes.
- Schneider, Wolfgang** (2001): *Umgang mit Sexualitaet und sexuellen Stoerungen in der Psychiatrie*. In: Psychotherapie im Dialog, 2 (3). S. 327-332.
- Scholz, Werner** (1998): *Sexuelle Funktionsstoerungen*. In: Serge K. D. Sulz (Hrsg.): *as Therapiebuch. Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie. Ein Ueberblick ueber praktizierte Psychotherapie und ein Einblick in die Praxis erfahrener Psychotherapeuten*. Muenchen: CIP-Medien. S. 424-440.
- Schreiber, W. u. a.** (1998): *Sexuelle Dysfunktion und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmung*. In: Krankenhauspsychiatrie, 9 (1). S. 8-11.
- Schwarzer, J. U. u. a.** (1992): *Befragung der Partnerin bei erektiler Impotenz Ein wichtiges Diagnostikum*. In: Sexualmedizin, 21 (1). S. 7-11.
- Sdun, Brigitte** (2001): *Die erfuellte Sexualitaet im Alter Sexualprobleme im Alter - psychosoziale Erklaerungs- und Interventionsansaeetze*. Regensburg: Roderer.
- Seikowski, Kurt** (1994): *Sexualitaet und Beschaefigungslosigkeit beim Mann Erfahrungsbericht aus einer andrologisch-psychologischen Sprechstunde*. In: Pro Familia

Magazin, 22 (3). S. 12-14.

Sellschopp, Almuth (1986): *Krebs - das Ende des Sex? Sexualmedizinische Nachbetreuung krebskranker Maenner intensivieren*. In: Sexualmedizin, 15 (11). S. 543-549.

Senger, Gerti & Hoffmann, Walter (1996): *Laedierte Maennlichkeit Weibliche Emanzipation und maennliche Potenz*. In: Sexualmedizin, 18 (3). S. 74-78.

Siewert, Horst H. & Siewert, Renate (1992): *So lieben Maenner Einiges, was Sie schon immer ueber die Sexualitaet des Mannes wissen wollten*. Muenchen: Quintessenz.

Sigusch, Volkmar & Maack, Toennies (1976): *Ejakulationsstoerungen Ein Ueberblick*. In: Sexualmedizin, 5. S. 23-32.

Sigusch, Volkmar (1979): *Sexuelle Funktionsstoerungen Somatischer Anteil und somatische Behandlungsversuche*. In: Sexualmedizin, 8. S. 415-420.

Sigusch, Volkmar (1994): *Abschied von einer Sexualmedizin*. In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 7 (1). S. 62-69.

Sigusch, Volkmar (1995): *Organotherapien bei sexuellen Funktionsstoerungen Eine Uebersicht*. In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 8 (4). S. 329-352.

Sigusch, Volkmar (1996): *Symptomatologie und Klassifikation sexueller Stoerungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Stoerungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 125-141.

Sigusch, Volkmar (1996): *Diagnostik sexueller Stoerungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Stoerungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 106-124.

Sigusch, Volkmar (1996): *Sexuelle Stoerungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme.

Sigusch, Volkmar u. a. (1998): *Schwerpunktthema: Sexuelle Stoerungen (Mit 5 Einzelbeitraegen)*. In: Psycho, 24 (Sonderausgabe II). S. 68-93.

Sigusch, Volkmar (2000): *Viagra: Forschungsstand*. In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 13 (4). S. 311-345.

Sigusch, Volkmar (2001): *Symptomatologie, Klassifikation und Epidemiologie sexueller Stoerungen*. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.): *Sexuelle Stoerungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme. S. 190-223.

Sigusch, Volkmar (2001): *Sexuelle Stoerungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme.

Singer Kaplan, Helen (1992): *Neue Konzepte der Sexualtherapie*. In: Peter Buchheim, Manfred Cierpka & Theodor Seifert (Hrsg.): *Liebe und Psychotherapie. Der Koerper in der Psychotherapie. Weiterbildungsforschung*. Berlin: Springer. S. 239-250.

Spengler, Andreas (1984): *Psychische und sexuelle Stoerungen nach urologischen Genitaleingriffen*. In: Der Urologe B, 24. S. 127-133.

Springer Kremser, M. (1981): *Sexualtherapie, Indikation und Methoden*. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 26 (5). S. 219-227.

Stahl, Ursula (1997): *Die Angst vor dem Versagen Sexuelle Funktionsstoerungen und Suchtbehandlung*. In: Suchtreport, 5. S. 6-10.

- Starke, Kurt** (1998): *Feministisch umkrenzter Phalluskult Epidemiologische und demographische Aspekte erektiler Dysfunktion*. In: Sexualmedizin, 20 (1). S. 6-12.
- Stifter, Karl** (1998): *Sexualstoerungen*. In: Ilse Kryspin-Exner, Brigitte Lueger-Schuster & Germain Weber (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie*. Postgraduale Aus- und Weiterbildung. Wien: WUV Universitaets-Verlag. S. 397-406.
- Strauss, B. & Gross, J.** (1984): *Psychopharmakabedingte Veraenderungen der Sexualitaet Haeufigkeit und Stellenwert in der psychiatrischen Praxis*. In: Psychiatrische Praxis, 11 (2). S. 49-55.
- Strauss, B. & Gross, J.** (1984): *Auswirkungen psychopharmakologischer Behandlung auf die sexuellen Funktionen*. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 52 (9). S. 293-301.
- Strauss, Bernhard** (1999): *Kultureller Wandel der Sexualitaet und die moeglichen Folgen fuer die Psychotherapie*. In: Psychotherapeut, 44 (5). S. 270-278.
- Strauss, Bernhard & Mette Zillesen, Mirjam** (2000): *Sexuelle Stoerungen und Verhaltensauffaelligkeiten*. In: Ulrich Tiber Egle, Sven Olaf Hoffmann & Peter Joraschky (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlaessigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen fruherer Traumatisierungen*. Stuttgart: Schattauer. S. 333-344.
- Strunz, Franz** (1986): *Was tut sich im Schlaf? Die naechtliche sexuelle Reaktion*. In: Sexualmedizin, 15 (12). S. 624-631.
- Thiessen, Gerhard** (1994): *Integrative Behandlung sexueller Stoerungen*. In: Psychologische Beitrage, 36 (3-4). S. 379-385.
- Tiefer, Leonore** (1991): *Sexualwissenschaft und die Beschwoerung des Natuerlichen*. In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 4 (2). S. 97-108.
- Tiefer, Leonore** (1993): *Ueber die fortschreitende Medikalisierung maennlicher Sexualitaet*. In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 6 (2). S. 119-131.
- Tiefer, Leonore** (1998): *Doing the Viagra Tango. Die Sex-Pille als Symbol und als Substanz*. In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 11 (4). S. 346-352.
- Unger, Ulrike & Braehler, Elmar** (1995): *Psychosomatik maennlicher Potenzstoerungen Ausgewaehlte Aspekte zum Forschungsthema*. In: Psychomed, 7 (4). S. 231-235.
- Vandereycken, Walter** (1996): *Verhaltenstherapie bei sexuellen Funktionsstoerungen*. In: Rolf Meermann & Walter Vandereycken (Hrsg.): *Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung*. Stuttgart: Schattauer. S. 381-402.
- Vogt, Hermann J.** (1990): *Sexualberatung und Pharmaka fuer den Mann Welche Kombination von medikamentoeser und Psychotherapie ist sinnvoll?* In: Sexualmedizin, 19 (3). S. 182-187.
- von Schumann, Hans Joachim** (1984): *Probleme nicht nur mit der Potenz Therapiemoeglichkeiten der Impotentia coeundi bei psychovegetativ gestoerten Maennern*. In: Sexualmedizin, 13 (7). S. 395-402.
- von Schumann Hans, J.** (1980): *Erotik und Sexualitaet in der zweiten Lebenshaelfte Leitfaden fuer Gesunde und Kranke sowie fuer deren Aerzte und Psychotherapeuten*.

Stuttgart: Hippokrates.

von Sydow, Kirsten (1998): *Lust auf Lust - Mut zum Glueck Sexualitaet ist auch jenseits der siebzig ein Thema - und fuer die Forschung ein weites Feld Sexuality is still a topic beyond the age of seventy and also a broad field for research.* In: Pro Familia Magazin, 26 (5). S. 2-5.

Wedig, M. P. (1993): *Psychosomatische Probleme bei sexueller Dysfunktion.* In: TW Urologie Nephrologie, 5. S. 53-58.

Weig, Wolfgang (1998): *Sexualitaet, psychische Krankheit und Gesundheit Bedeutung fuer die psychiatrische Ergotherapie.* In: Ergotherapie & Rehabilitation, 37 (2). S. 85-88.

Weig, Wolfgang (2001): *Sexuelle Stoerungen - Erscheinungsformen, Ursachen, Behandlungsangebote.* In: Psychotherapie im Dialog, 2 (3). S. 246-251.

Willi, Juerg (1981): *Therapie von Sexualstoerungen - Paartherapie oder Sexualtherapie?* In: Familiendynamik, 6 (3). S. 248-259.

Zamel, Guenther & Strauss, Bernhard (1988): *Kasuistischer Beitrag zur Entwicklung von Behandlungskonzepten fuer Maenner mit sexuellen Funktionsstoerungen.* In: Elmar Braehler & Annelene Meyer (Hrsg.): Partnerschaft, Sexualitaet und Fruchtbarkeit. Beitraege aus Forschung und Praxis. Berlin: Springer. S. 250-262.

Zamel, Guenther (1994): *Wenn die Ohnmacht nicht mehr auszuhalten ist Wie die Technik die (maennliche) Sexualitaet retten soll.* In: Zeitschrift fuer Sexualforschung, 7 (2). S. 142-150.

Zeier, Hans (1999): *Maenner ueber fuenfzig Koerperliche Veraenderungen - Chancen fuer die zweite Lebenshaelfte.* Bern: Huber.

Zilbergeld, Bernie (1983): *Maennliche Sexualitaet Was (nicht) alle schon immer ueber Maenner wussten.* Tübingen: Deutsche Gesellschaft fuer Verhaltenstherapie.

Zimmer, Dirk (1997): *Funktionelle Sexualstoerungen.* In: Kurt Hahlweg & Anke Ehlers (Hrsg.): Psychische Stoerungen und ihre Behandlungen. Göttingen: Hogrefe. S. 723-798.

Literaturrecherche: Medline

Alberti, W. (1997): *Vergleich der Lebensqualität von Patienten mit Prostatakarzinom: radikale Prostatektomie versus Radiotherapie.* In: Strahlenther Onkol, 173 (3). S. 175-176.

Alth, G. (1984): *Zur Klassifikation der Induratio penis plastica (Peyronie's Disease).* In: Wien Klin Wochenschr, 96 (23). S. 854-857.

Altinkilic, B. M. & Weidner, W. (1998): *Induratio penis plastica.* In: Ther Umsch, 55 (6). S. 380-383.

Anonymous (1991): *Thoraxdiagnostik und -therapie. Erektile Dysfunktion.* Bayerische Röntgengesellschaft e.V. Frühjahrstagung, München, 20-21 April 1991. In: Bildgebung, 58 Suppl 1. S. 1-84.

Anonymous (1999): *Nach Einführung der Potenzpille. Das Coming-Out der Impotenten.* In: MMW Fortschr Med, 141 (26). S. 10.

Anonymous (2001): *Therapie der Erektile Dysfunktion. Sildenafil bleibt der Goldstandard.* In: MMW Fortschr Med, 143 (49-50). S. 50-51.

Anonymous (2001): *Erektionsstörung kann Diabetes anzeigen. Penis als "Wunschelrute des Gefäßsystems".* In: MMW Fortschr Med, 143 (46). S. 59.

Anonymous (2001): *Erektile Dysfunktion. Hilfe auch für Herzpatienten.* In: MMW Fortschr Med, 143 (41). S. 54.

Anonymous (2001): *Erektile Dysfunktion bei KHK. Keine Angst vor der blauen Pille.* In: MMW Fortschr Med, 143 (3). S. 54-56.

Anonymous (2001): *Angenehmer Zusatzeffekt. Losartan bessert das Sexualleben bei Hypertonie.* In: MMW Fortschr Med, 143 (9). S. 54-55.

Anonymous (2001): *Tabuthema sexuelle Aktivität bei Hypertonikern. Pionierarbeit aus Pavia beweist: Potenz ist nicht gefährdet.* In: MMW Fortschr Med, 143 (23). S. 48-49.

Anonymous (2002): *KHK-Screening. Fragen Sie, wie es mit dem Sex klappt.* In: MMW Fortschr Med, 144 (9). S. 50.

Anonymous (2002): *Erektile Dysfunktion. Neue Therapieoption ante portas.* In: MMW Fortschr Med, 144 (7). S. 60.

Anonymous (2002): *Therapie der erektilen Dysfunktion. Neuer, hochselektiver PDE-5-Hemmer.* In: MMW Fortschr Med, 144 (7). S. 61.

Atzinger, A. & Dittmann, B. J. (1997): *Lebensqualität und Nebenwirkungen nach perkutaner Strahlentherapie oder radikaler Prostatektomie des Prostatakarzinoms.* In: Strahlenther Onkol, 173 (3). S. 177-178.

Bahren, W. u. a. (1988): *Indikation, Technik und Ergebnisse der selektiven Arteriographie der A. iliaca interna bei erektiler Dysfunktion.* In: Röntgenpraxis, 41 (1). S. 25-34.

Bahren, W. u. a. (1984): *Arteriographische Diagnostik der erektilen Impotenz.* In: ROFO Fortschr Geb Röntgenstr Nuklearmed, 140 (4). S. 447-452.

- Bahren, W. u. a.** (1985): *Selektive Arteriographie der A. pudenda interna bei posttraumatischer erektiler Dysfunktion.* In: ROFO Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed, 143 (3). S. 334-341.
- Banzer, D. u. a.** (1983): *Angiographische Diagnostik der vaskulär bedingten Impotentia coeundi.* In: ROFO Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed, 138 (6). S. 677-681.
- Barth, J. A.** (1991): *Kann die Ulkus-Behandlung mit Cimetidin u.a. H2-Rezeptor-Antagonisten zu sexuellen Funktionsstörungen (Impotenz) sowie zu anderen endokrinen Störungen führen?* In: Zentralbl Gynakol, 113 (11). S. 667.
- Becker, A. J. u. a.** (1998): *Pharmakologische Therapie der erektilen Dysfunktion.* In: Urologe A, 37 (5). S. 503-508.
- Berent, R. u. a.** (2000): *Ein 24jähriger Patient mit Libidoverlust und erektiler Dysfunktion als Erstmanifestation einer Hamochromatose.* In: Dtsch Med Wochenschr, 125 (48). S. 1466-1468.
- Bernardo, A.** (2001): *Sexualität bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz.* In: Herz, 26 (5). S. 353-359.
- Biedermann, H.** (1986): *Bisherige Erfahrungen mit Diagnostik und mikrochirurgischer Revascularisation bei Erektionsstörungen.* In: Langenbecks Arch Chir, 368 (1). S. 13-27.
- Biedermann, H.** (1989): *Ergebnisse mikro(gefäß)chirurgischer Eingriffe bei vaskulär bedingten Erektionsstörungen.* In: Wien Klin Wochenschr, 101 (21). S. 723-728.
- Biedert, S. u. a.** (1989): *Neurogene Impotenz.* In: Nervenarzt, 60 (11). S. 661-669.
- Block, T. u. a.** (1988): *Metaminol in der Therapie verschiedener Priapismusformen.* In: Urologe A, 27 (4). S. 225-229.
- Bohndorf, K. u. a.** (1991): *Angiographie der A. pudenda und ihrer Aste bei erektiler Dysfunktion. Modifizierte angiographische Technik und optimierter Einsatz vasodilatierender Substanzen.* In: Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr, 154 (4). S. 364-369.
- Boss, H. P. u. a.** (1991): *Erektionsstörungen. Teil I: Anatomisch-physiologische Grundlagen und diagnostische Abklarungen.* In: Schweiz Rundsch Med Prax, 80 (45). S. 1240-1245.
- Boss, H. P. u. a.** (1991): *Erektionsstörungen. Teil II: Therapeutische Möglichkeiten.* In: Schweiz Rundsch Med Prax, 80 (45). S. 1246-1249.
- Bossinger, W.** (1996): *Die erektile Impotenz.* In: Z Gastroenterol, 34 Suppl 2. S. 75-76.
- Brandstetter, K. u. a.** (1991): *Farb-Duplexsonographie des Penis--Untersuchungstechnik und klinische Ergebnisse.* In: Bildgebung, 58 Suppl 1. S. 42-44.
- Brandstetter, K. u. a.** (1993): *Vergleich der Farbduplexsonographie mit der selektiven penilen DSA bei der Abklärung der erektilen Dysfunktion.* In: Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr, 158 (5). S. 405-409.
- Bruhlmann, W. u. a.** (1987): *Angiographische, kavernosographische und klinische Unterscheidung zweier Priapismusformen mit unterschiedlicher Prognose.* In: ROFO Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed, 147 (2). S. 165-168.

- Brunner, G. A. u. a.** (1995): *Erektile Dysfunktion bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ I*. In: Wien Med Wochenschr, 145 (21). S. 584-586.
- Bunzel, B. u. a.** (1994): *Herztransplantation und Sexualität. Eine Erhebung bei 62 männlichen Patienten*. In: Herz, 19 (5). S. 294-302.
- Carl, P.** (1996): *Lebensqualität nach karzinom-bedingter Rektumexstirpation*. In: Dtsch Med Wochenschr, 121 (18). S. 609.
- Crombach, G.** (1982): *Grundzüge der Therapie männlicher sexueller Funktionsstörungen*. In: Wien Med Wochenschr, 132 (10). S. 217-221.
- Darewicz, J. & Galek, L.** (1989): *Die dynamische Cavernosographie in der Diagnose der gefäßbedingten Impotenz*. In: Z Urol Nephrol, 82 (1). S. 35-37.
- Darewicz, J. & Galek, L.** (1989): *Unterbindung der Vena dorsalis penis profunda in der Behandlung der gefäßbedingten Impotenz*. In: Z Urol Nephrol, 82 (4). S. 217-220.
- Darewicz, J. & Galek, L.** (1989): *Priapismus als Komplikation nach diagnostischem Papaverintest*. In: Z Urol Nephrol, 82 (6). S. 317-319.
- Darewicz, J. & Galek, L.** (1989): *Resektion der Vena dorsalis penis profunda zur Behandlung der gefäßbedingten Impotenz*. In: Z Urol Nephrol, 82 (6). S. 321-323.
- Denil, J. u. a.** (1991): *Hydraulische Penisprothesen bei Schwellkörperfibrose. Die alloplastische Tunica albuginea*. In: Urologe A, 30 (5). S. 285-289.
- Denk, J. & Sokeland, J.** (1990): *Sexuelle Störungen nach urologischen Operationen*. In: Fortschr Med, 108 (19). S. 378-380.
- Denk, J. & Sokeland, J.** (1991): *Sexuelle Störungen nach Operationen*. In: Verh Dtsch Ges Inn Med, 97. S. 360-364.
- Derouet, H. u. a.** (1991): *Akzeptanz der Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT) bei der Langzeitbehandlung der erektilen Dysfunktion*. In: Urologe A, 30 (6). S. 423-427.
- Derouet, H. u. a.** (1990): *Stellenwert der Schwellkörperpersonographie nach Gabe vasoaktiver Substanzen bei der Diagnostik von Patienten mit erektiler Dysfunktion*. In: Urologe A, 29 (2). S. 96-101.
- Derouet, H. u. a.** (1996): *Prostaglandin E1 (PGE1) in der Diagnostik und Langzeittherapie der erektilen Dysfunktion*. In: Urologe A, 35 (1). S. 62-67.
- Derouet, H. & Zehl, U.** (1993): *Die Behandlung der erektilen Dysfunktion mittels Vakuumsaugpumpen (EHS)*. In: Urologe A, 32 (4). S. 312-315.
- Diel, R. & Reimitz, P. E.** (1990): *Sexuelle Nebenwirkungen von H2-Rezeptor-Antagonisten: Was ist gesichert?* In: Med Klin, 85 (5). S. 332-339.
- Djamilian, M. u. a.** (1993): *Ergebnisse der operativen Therapie des venösen Lecks als Ursache von Erektionsstörungen*. In: Urologe A, 32 (4). S. 308-311.
- Djawari, D. & Weidner, F. O.** (1985): *Impotentia coeundi bei Prolactinom*. In: Z Hautkr, 60 (3). S. 251-253.
- Drawz, G. u. a.** (1990): *Aktuelle Impotenzdiagnostik*. In: Z Urol Nephrol, 83 (3). S. 105-113.

- Drunkenmolle, C.** (1986): *Differentialdiagnose und Therapie der Ejakulationsstörungen*. In: Z Arztl Fortbild (Jena), 80 (2). S. 47-49.
- Drunkenmolle, C.** (1990): *Psychologische Untersuchungen bei erektiler Impotenz und Anorgasmie. Eine Pilotstudie mit dem Sexual Interaction Inventory (SII) von Lo Piccolo*. In: Z Arztl Fortbild (Jena), 84 (7). S. 327-329.
- Dunzinger, M.** (2000): *Diagnostik der erektilen Dysfunktion*. In: Wien Med Wochenschr, 150 (1-2). S. 8-10.
- Egger, B. u. a.** (1988): *Die Bedeutung des Penis-Arm-Druck-Indexes in der Beurteilung der Impotenz beim Gefässpatienten*. In: Vasa, 17 (2). S. 102-106.
- Engel, S.** (1986): *Potenzstörungen des Mannes--neuere atologische und diagnostische Aspekte*. In: Z Hautkr, 61 (22). S. 1589-1595.
- Engelmann, U. H. u. a.** (1992): *Der Einfluss von TUR und transvesikaler Prostatektomie auf Symptomatologie und Lebensqualität*. In: Urologe A, 31 (1). S. 43-47.
- Ennemoser, O. u. a.** (1992): *Harnröhrenabriss-Primäre Versorgung und Rekonstruktion*. In: Urologe A, 31 (5). S. 276-279.
- Erpenbach, K.** (1990): *Penisraffplastik zur Behandlung schwerer Penisdeviationen*. In: Dtsch Med Wochenschr, 115 (46). S. 1746-1749.
- Eversmann, T. u. a.** (1981): *Die Hyperprolaktinämie beim Mann: Klinik und Therapie*. In: Schweiz Med Wochenschr, 111 (47). S. 1782-1789.
- Fabra, M. u. a.** (1998): *Provozierbarkeit von Signalen des CC-EMG als Parameter in der Diagnostik der erektilen Dysfunktion*. In: Urologe A, 37 (3). S. 287-293.
- Fabra, M. u. a.** (1993): *"Single potential analysis of cavernous electric activity" (SPACE). Befunde vor und nach operativer Durchtrennung der Nn. cavernosi im Rahmen der radikalen Prostatektomie*. In: Urologe A, 32 (2). S. 145-150.
- Floth, A.** (2000): *Topische Therapie bei Erektionsstörung*. In: Wien Med Wochenschr, 150 (1-2). S. 14-17.
- Frick Bruder, V.** (1980): *Sexualberatung bei Herzinfarkt*. In: ZFA (Stuttgart), 56 (4). S. 269-270.
- Frick Bruder, V.** (1989): *Paarbeziehung und Paardynamik steriler Ehen*. In: Arch Gynecol Obstet, 245 (1-4). S. 1050-1052.
- Frick, J.** (2000): *"Erektile Dysfunktion"*. In: Wien Med Wochenschr, 150 (1-2). S. 1.
- Fritsch, P. u. a.** (1989): *Hypervaskularisationssyndrom des Penis nach Arterialisierung der Vena dorsalis penis wegen erektiler Impotenz*. In: Hautarzt, 40 (7). S. 434-436.
- Gall, H. u. a.** (1987): *Multidisziplinäres Abklärungsprogramm bei erektiler Dysfunktion*. In: Z Hautkr, 62 (15). S. 1145-1146, 1149-1150.
- Gall, H. u. a.** (1990): *Ergebnisse nach multidisziplinärer Abklärung bei Patienten mit erektiler Dysfunktion*. In: Hautarzt, 41 (7). S. 353-359.

- Gall, H. u. a.** (1987): *Diagnostik der vaskulären Impotenz: Vergleich von Doppler-Sonographie und Arteriographie*. In: *Hautarzt*, 38 (12). S. 716-722.
- Gall, H. u. a.** (1992): *Langzeitergebnisse der Schwellkörperautoinjektionstherapie bei der Behandlung von Patienten mit chronisch erektiler Dysfunktion*. In: *Urologe A*, 31 (1). S. 31-36.
- Gall, H. u. a.** (1989): *Diagnostik der venösen Insuffizienz bei erektiler Dysfunktion: Vergleichende Untersuchungen von Kavernosographie und Dopplersonographie*. In: *Urologe A*, 28 (1). S. 48-53.
- Gasser, T. C.** (1994): *Neuere Aspekte der Erektionsstörungen--Wissenswertes für die Praxis*. In: *Schweiz Rundsch Med Prax*, 83 (12). S. 322-324.
- Gehl, H. B. u. a.** (1990): *Darstellung von Penisgefäßanastomosen mittels farbkodierter Doppler-Sonographie: Vergleich mit CW-Dopplersonographie und Klinik*. In: *Ultraschall Med*, 11 (3). S. 155-160.
- Gilbert, P. u. a.** (1987): *Spongiose Autoinjektionstherapie nach Penisprothesenimplantation eine Fallbeschreibung*. In: *Urologe A*, 26 (5). S. 298-299.
- Glander, H. J.** (1998): *Störungen der Ejakulation*. In: *Fortschr Med*, 116 (26). S. 26-28, 30-21.
- Glander, H. J.** (2002): *Tagung "Der alternde Mann." 12. Mai 2001 in Leipzig*. In: *Hautarzt*, 53 (1). S. 83-84.
- Gorek, M. u. a.** (1997): *Elektromyogramme bei erektiler Dysfunktion und deren rechnergestützte Befundung*. In: *Biomed Tech (Berl)*, 42 (3). S. 48-54.
- Grein, U. u. a.** (1989): *Die Behandlung der erektilen Dysfunktion mit Penisprothesen*. In: *Urologe A*, 28 (5). S. 266-270.
- Grein, U. & Schreiter, F.** (1991): *Neuentwicklungen bei hydraulischen Penisprothesen*. In: *Urologe A*, 30 (5). S. 290-293.
- Grein, U. & Schreiter, F.** (1996): *Kavernöse Insuffizienz nach Dermalgraftkorporoplastik*. In: *Urologe A*, 35 (1). S. 11-13.
- Greiner, R.** (1983): *Tumorthapien--Fertilität und Sexualität*. In: *Schweiz Rundsch Med Prax*, 72 (41). S. 1293-1298.
- Haidl, G.** (1990): *Diagnostik und Therapie von Erektionsstörungen*. In: *Fortschr Med*, 108 (19). S. 375-377.
- Haidl, G. u. a.** (1994): *Der alternde Mann aus andrologischer Sicht*. In: *Hautarzt*, 45 (9). S. 599-604.
- Halhuber, M. J.** (1991): *Sexualberatung alterer Patienten*. In: *Fortschr Med*, 109 (18). S. 372-373.
- Hamm, B. u. a.** (1985): *Stellenwert der Penissonographie in der Andrologie*. In: *ROFO Fortschr Geb Röntgenstr Nuklearmed*, 143 (1). S. 49-53.
- Hartmann, U.** (1998): *Erektile Dysfunktionen: Psychologische Aspekte in Verursachung, Diagnostik und Therapie*. In: *Ther Umsch*, 55 (6). S. 352-356.

- Hartmann, U.** (1998): *Psychische Belastungsfaktoren bei erektilen Dysfunktionen. Verursachungsmodelle und empirische Ergebnisse.* In: Urologe A, 37 (5). S. 487-494.
- Hartwig, R. u. a.** (1995): *Apikale Ulzeration der Glans penis bei Hypervaskularisationssyndrom. Folge einer Revaskularisationsoperation bei erektiler Dysfunktion.* In: Hautarzt, 46 (11). S. 808-810.
- Hauck, E. W. u. a.** (1998): *Rationelle Diagnostik der erektilen Dysfunktion.* In: Urologe A, 37 (5). S. 495-502.
- Hauri, D.** (1980): *Die männliche Impotenz.* In: Med Monatsschr Pharm, 3 (12). S. 365-373.
- Hauri, D.** (1989): *Operative Möglichkeiten in der Therapie der vaskulär bedingten erektilen Impotenz.* In: Urologe A, 28 (5). S. 260-265.
- Hauri, D.** (1990): *Potenzprobleme bei Rektumchirurgie.* In: Schweiz Rundsch Med Prax, 79 (26). S. 823-828.
- Hauri, D.** (1994): *Abklärung und Behandlung organisch bedingter Erektionsstörungen.* In: Ther Umsch, 51 (2). S. 120-126.
- Hauri, D.** (1998): *Erektionsstörungen.* In: Ther Umsch, 55 (6). S. 343-344.
- Hauri, D.** (1998): *Organische Gründe einer erektilen Impotenz--Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten.* In: Ther Umsch, 55 (6). S. 345-351.
- Hauri, D. u. a.** (1991): *Das venöse Leakage--ein neues therapeutisches Konzept.* In: Urologe A, 30 (4). S. 267-271.
- Hautmann, R.** (1986): *Was gibt es Neues in der Urologie?* In: Urologe A, 25 (6). S. 305-314.
- Heimbach, D. & Frohmüller, H.** (1992): *Anwendung von alpha-Rezeptorenblockern bei urologischen Erkrankungen.* In: Dtsch Med Wochenschr, 117 (21). S. 825-828.
- Henning, F. u. a.** (1989): *Erektile Dysfunktion nach Beckenfrakturen und Beckentraumen.* In: Langenbecks Arch Chir, 374 (6). S. 329-333.
- Hobi, C. & Ackermann, D. K.** (1998): *Urologie ist mehr als Viagra. Potpourri neuer Entwicklungen in der Urologie.* In: Schweiz Med Wochenschr, 128 (51-52). S. 2047-2051.
- Hofer, C. u. a.** (1998): *Erektile Dysfunktion--Problem gelöst mit Sildenafil (VIAGRA)?* In: Internist (Berl), 39 (12). S. 1232-1236.
- Hofstetter, A. & Marchner, M.** (1991): *Erektile Dysfunktion. Aktuelle Diagnostik und Therapie.* In: Bildgebung, 58 Suppl 1. S. 35-37.
- Holzki, G. u. a.** (1991): *"Nitroglyzerintest" zur Diagnostik der erektilen Dysfunktion.* In: Urologe A, 30 (5). S. 326-328.
- Hovermann, P. u. a.** (1997): *Priapismus unter Clozapintherapie.* In: Nervenarzt, 68 (1). S. 74-76.
- Hubalek, S. u. a.** (1989): *Beitrag zur operativen Impotenztherapie mit der Penisprothesenimplantation. Die psychologische Situation der potenzgestörten Männer.* In: Z Urol Nephrol, 82 (1). S. 45-49.

- Jansen, T.** (2001): *Erektionsstörungen. Diagnostik und Therapie*. In: MMW Fortschr Med, 143 (28-29). S. 41-44.
- Janssen, P. L.** (1986): *Zur Differenzierung und Spezifität der Psychodynamik funktioneller Sexualstörungen bei Männern*. In: Z Psychosom Med Psychoanal, 32 (1). S. 27-43.
- Jantos, C. u. a.** (1988): *Langzeiterfahrungen mit der Autoinjektionstherapie von Papaverin bei erektiler Dysfunktion*. In: Urologe A, 27 (1). S. 18-21.
- John, H.** (1998): *Testosteron und Impotenz--wann ist eine Androgensubstitution sinnvoll?* In: Ther Umsch, 55 (6). S. 372-376.
- Jonas, U.** (1991): *Die Silikon-Silber-Penisprothese (Jonas-Eska), Langzeiterfahrungen. Eine kritische Wertung*. In: Urologe A, 30 (5). S. 277-281.
- Jost, W. H. u. a.** (1996): *Elektrophysiologische Diagnostik bei der erektilen Dysfunktion*. In: Urologe A, 35 (2). S. 120-126.
- Junemann, K. P. u. a.** (1988): *Offene Multizenterstudie zur Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion mit einer Papaverin-Phentolamin-Kombination (BY023)*. In: Urologe A, 27 (1). S. 2-7.
- Junemann, K. P. u. a.** (1990): *Doppler-Sonographie der Penisarterien*. In: Urologe A, 29 (3). S. 113-119.
- Jung, A. & Schill, W. B.** (1994): *Schwellkörper-Autoinjektionstherapie bei erektiler Dysfunktion?* In: Med Monatsschr Pharm, 17 (9). S. 277-278.
- Jungwirth, A.** (2000): *Physiologie und Pathophysiologie der erektilen Dysfunktion*. In: Wien Med Wochenschr, 150 (1-2). S. 4-7.
- Kahmann, F. & Henkel, T.** (2001): *LDR-Brachytherapie mit Seeds--eine interdisziplinäre Therapiealternative zur radikalen Prostatektomie*. In: Schweiz Rundsch Med Prax, 90 (36). S. 1523-1531.
- Keuler, F. & Altwein, J. E.** (1989): *Diagnostik der erektilen Impotenz*. In: Urologe A, 28 (5). S. 241-247.
- Kiene, I.** (1982): *Funktionelle Störungen der Erektion und ihre Behandlung*. In: Z Urol Nephrol, 75 (7). S. 489-491.
- Kockott, G.** (1980): *Ergebnisse der Verhaltenstherapie bei Potenzstörungen*. In: MMW Munch Med Wochenschr, 122 (15). S. 539-542.
- Kockott, G.** (1981): *Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes. Eine vergleichende Untersuchung aus psychologischer, psychophysiologischer und neuroendokriner Sicht*. In: Beitr Sexualforsch, 58. S. 1-99.
- Kockott, G.** (1983): *Die Sexualität des Mannes im höheren Lebensalter*. In: Z Hautkr, 58 (7). S. 490-497.
- Kockott, G.** (1986): *Impotenz*. In: Urologe A, 25 (2). S. 90-96.
- Kockott, G.** (1989): *Diagnostik und Therapiemöglichkeiten bei seelischen Störungen als Ursache der Impotenz*. In: Urologe A, 28 (5). S. 248-252.

- Kockott, G.** (1990): *Impotenz*. In: Andrologia, 22 (2). S. 105-117.
- Kohler, L. D. & Vogt, H. J.** (1997): *Störungen der Erektion und ihre Behandlung*. In: Fortschr Med, 115 (30). S. 28-33.
- Kohn, F. M.** (2002): *Hypertonie und Impotenz. Welche Potenzpille ist hier die beste?* In: MMW Fortschr Med, 144 (10). S. 12-13.
- Konermann, M. u. a.** (1999): *Schlafapnoe und erektile Dysfunktion*. In: Dtsch Med Wochenschr, 124 (20). S. 631-635.
- Korst, H. A. u. a.** (1980): *Potenz- und Spermiogenesestörungen durch Propafenon*. In: Dtsch Med Wochenschr, 105 (34). S. 1187-1189.
- Kratochvil, S.** (1982): *Das Ehepaar mit funktionellen Sexualstörungen in der sexuellen Lerntherapie*. In: Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz), 34 (5). S. 282-290.
- Kratochvil, S.** (1982): *Lerntherapeutische Methodik im Rahmen der Behandlung funktioneller Sexualstörungen*. In: Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz), 34 (6). S. 330-338.
- Krause, W.** (1983): *Androgensubstitution bei andrologischen Krankheitsbildern*. In: Andrologia, 15 (3). S. 283-286.
- Krause, W.** (1988): *Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Gonadenachse und erektile Impotenz*. In: Dtsch Med Wochenschr, 113 (44). S. 1739.
- Krause, W.** (1990): *Hormonelle Altersveränderungen aus der Sicht des Andrologen*. In: Fortschr Med, 108 (19). S. 371-374.
- Krause, W.** (1991): *Hormonelle Altersveränderungen aus der Sicht des Andrologen*. In: Verh Dtsch Ges Inn Med, 97. S. 357-360.
- Krause, W.** (2000): *Die endokrine Basis von sexuellen Funktionsstörungen im Alter*. In: Urologe A, 39 (5). S. 411-413.
- Krause, W. u. a.** (1983): *Zur Diagnose von Potenzstörungen. Screening-Untersuchungen zu angiologischen Faktoren bei Störungen der sexuellen Potenz*. In: Fortschr Med, 101 (29). S. 1313-1317.
- Kronert, K. u. a.** (1983): *Die diabetische Neuropathie des autonomen Nervensystems*. In: Dtsch Med Wochenschr, 108 (19). S. 749-753.
- Krug, W.** (1989): *Cavernosographie, dynamische Cavernosographie und Pharmakocavernosographie aus pflegerischer Sicht*. In: Krankenpf J, 27 (9). S. 18-20.
- Kuchler, J.** (1988): *Erektile Impotenz. Medikamentöse Therapie mit Papaverin--Eine Literaturübersicht*. In: Fortschr Med, 106 (23). S. 481-484.
- Kutscher, K. R. & Arentewicz, G.** (1989): *Interdisziplinäre Behandlung der erektilen Dysfunktion*. In: Fortschr Med, 107 (3). S. 54-56, 94-56.
- Landwehr, P. u. a.** (1990): *Gefäßdiagnostik mit der farbkodierten Duplexsonographie*. In: Dtsch Med Wochenschr, 115 (9). S. 343-351.
- Lehmann, K.** (1998): *Die ambulante Behandlung der erektilen Dysfunktion*. In: Ther Umsch,

55 (6). S. 365-371.

Lehmann, K. u. a. (1999): *Sexuell- und pharmakostimulierte Erektionen sind proportional.* In: Urologe A, 38 (2). S. 162-167.

Lehmann, K. u. a. (1996): *Die Wertigkeit der farbkodierten Duplexsonographie als Standardabklärung bei erektiler Dysfunktion.* In: Urologe A, 35 (6). S. 456-461.

Lehmann, K. u. a. (1994): *Welche Hormonbestimmungen sind bei der ersten Abklärung einer erektilen Dysfunktion notwendig?* In: Schweiz Rundsch Med Prax, 83 (37). S. 1030-1033.

Lehmann, R. (2001): *Die Bewertung der erektilen Dysfunktion in der privaten Unfallversicherung.* In: Versicherungsmedizin, 53 (3). S. 144-145.

Leinmuller, R. (1999): *Im Zentrum der Aufmerksamkeit: die Potenz. Hormonsubstitution bei Männern wird diskutiert.* In: Fortschr Med, 117 (13). S. 18.

Lenk, S. u. a. (1985): *Beitrag der Urologie im interdisziplinären Behandlungskonzept fertilitätsgestörter Männer.* In: Z Urol Nephrol, 78 (2). S. 97-103.

Lenk, S. u. a. (1990): *Schwellkörperinjektionsbehandlung bei erektiler Impotenz.* In: Z Urol Nephrol, 83 (10). S. 539-546.

Lindner, H. (1999): *Erektile Funktion nach Behandlung des Prostatakarzinoms.* In: Strahlenther Onkol, 175 (1). S. 44-45.

Lotzin, C. F. (1983): *Andrologische Aspekte bei urologischer Begutachtung.* In: Urologe A, 22 (1). S. 21-24.

Luderschmidt, C. (1986): *Potenzstörungen durch beta-Rezeptorenblocker.* In: Dtsch Med Wochenschr, 111 (6). S. 235-236.

Ludwig, G. (1989): *Impotenz--Versuch einer Standortbestimmung.* In: Urologe A, 28 (5). S. 237.

Ludwig, G. (1990): *Bildgebende Diagnostik in der männlichen Reproduktionsmedizin.* In: Urologe A, 29 (3). S. 135-140.

Ludwig, G. (1998): *Diagnose und Therapie der erektilen Dysfunktion.* In: Z Arztl Fortbild Qualitätssich, 92 (5). S. 335-342.

Ludwig, G. (2000): *PADAM aus urologischer Sicht.* In: Urologe A, 39 (5). S. 407-410.

Lunglmayr, G. (1996): *Sexuelle Funktion nach transurethraler Prostataresektion.* In: Wien Med Wochenschr, 146 (8). S. 175-177.

Lunglmayr, G. u. a. (1980): *Androgenbehandlung der Impotentia coeundi alternder Männer. Psychologische und Endokrinologische Studien.* In: Wien Klin Wochenschr, 92 (7). S. 243-247.

Mahmalat, M. O. & Beyer, H. K. (1986): *Neue Aspekte in der Diagnostik der erektilen Impotenz mittels digitaler Subtraktionsangiographie.* In: Röntgenpraxis, 39 (7). S. 233-236.

Maisch, B. (1998): *Therapieempfehlung Viagra und Nitrate (NO-Donatoren).* In: Herz, 23 (7). S. 459-460.

- Manning, M. u. a.** (1998): *Gefässchirurgie, Implantationschirurgie und Vakuumerektionshilfe. Rückblick-Überblick-Ausblick dreier Therapieoptionen bei erektiler Dysfunktion.* In: Urologe A, 37 (5). S. 509-515.
- Marberger, H. u. a.** (1983): *Die Verletzung der hinteren Harnrohre.* In: Unfallchirurgie, 9 (5). S. 294-301.
- Marx, F. J.** (1981): *Zur Therapie des Priapismus.* In: Urologe A, 20 (6). S. 353-359.
- Mattarelli, G.** (1990): *Urologische Sexologie.* In: Schweiz Rundsch Med Prax, 79 (38). S. 1077-1078.
- Mattarelli, G. & Leibundgut, B.** (1991): *Erste Erfahrungen mit Prostaglandin-E1 und PG-E1-Fertigspritzen.* In: Helv Chir Acta, 58 (3). S. 335-337.
- Matz, M. u. a.** (1982): *Zum gegenwärtigen Stand der operativen Andrologie.* In: Z Arztl Fortbild (Jena), 76 (9). S. 384-388.
- Mehler, J. A.** (1994): *Liebe und Impotenz beim Mann.* In: Psyche (Stuttg), 48 (9-10). S. 842-865.
- Mewis, F. u. a.** (1981): *Der Priapismus--ein urologischer Notfall.* In: Z Urol Nephrol, 74 (2). S. 101-108.
- Mielecki, T. u. a.** (1990): *Ergebnisse der gefässbedingten Impotenzbehandlung mit PTA.* In: Röntgenblätter, 43 (10). S. 435-438.
- Miersch, G. & Wierny, L.** (1987): *Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) der Arteria iliaca interna.* In: Z Urol Nephrol, 80 (12). S. 695-697.
- Mock, K.** (2000): *Epidemiologie und altersbedingte Risikofaktoren der erektilen Dysfunktion.* In: Wien Med Wochenschr, 150 (1-2). S. 2-3.
- Modestin, J.** (1983): *30 Jahre Neuroleptika--Zeit zur kritischen Auseinandersetzung.* In: Dtsch Med Wochenschr, 108 (38). S. 1446-1451.
- Morl, H.** (1988): *Anatomische und funktionelle Diagnostik bei arterieller Verschlusskrankheit.* In: Herz, 13 (6). S. 351-357.
- Muhlbauer, K. u. a.** (1991): *Technik und Wertigkeit der DSA bei erektiler Dysfunktion.* In: Bildgebung, 58 Suppl 1. S. 45-47.
- Müller, G. & Martin, G.** (1992): *Quantitative Messungen des peripheren Gefässwiderstandes mit einem Cavernosographiegerät (Cavomat).* In: Vasa Suppl, 36. S. 25-28.
- Müller, S. C.** (1991): *Pathophysiologie der erektilen Dysfunktion--Diagnostische und therapeutische Konsequenzen.* In: Aktuelle Radiol, 1 (1). S. 28-33.
- Müller, T.** (1995): *Partnerschafts- und Sexualverhalten von Konsumierenden illegaler Drogen: Eine Befragung von 654 Personen der "offenen" Drogenszene in Zürich.* In: Soz Präventivmed, 40 (5). S. 285-297.
- Nachtigall, M.** (2000): *Penile Implantate.* In: Wien Med Wochenschr, 150 (1-2). S. 18-20.

- Neubauer, M.** (1990): *Sexualstörungen bei männlichen Diabetikern*. In: Fortschr Med, 108 (19). S. 381-383.
- Neumann, M. u. a.** (1987): *Über den Einfluss des chronischen Alkoholabusus auf die Fertilität und sexuelle Potenz des Mannes*. In: Z Ärztl Fortbild (Jena), 81 (12). S. 599-601.
- Niedner, R. & Wokalek, H.** (1985): *Potenzstörungen durch Sarkoidose*. In: Hautarzt, 36 (10). S. 563-565.
- Nikitinskaja, L. P.** (1982): *Die Bedeutung dyshormoneller Veränderungen im System Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden für die Diagnostik der Infertilität und Impotenz beim Mann*. In: Z Urol Nephrol, 75 (11). S. 789-792.
- Nikolowski, W.** (1980): *Altern und Sexualität aus der Sicht des Andrologen*. In: Aktuelle Gerontol, 10 (3). S. 115-117.
- Noder, M. u. a.** (1989): *Hormonelle Aspekte der erektilen Dysfunktion*. In: Z Hautkr, 64 (2). S. 107-108, 111-102.
- Noldus, J. & Huland, H.** (1994): *Erektile Dysfunktion und Hypogonadismus. Ist ein routinemassiges endokrines Screening notwendig?* In: Urologe A, 33 (1). S. 73-75.
- Noldus, J. u. a.** (2001): *Die nerverhaltende radikale retropubische Prostatektomie. Ergebnisse nach Patientenbefragung*. In: Urologe A, 40 (2). S. 102-106.
- Overhoff, S. u. a.** (1989): *Andrologische Befunde bei Semikastratio, Fehlen eines Hodens und reduziertem Hodenvolumen*. In: Andrologia, 21 (5). S. 490-497.
- Papadopoulos, I. u. a.** (1991): *Kavernosographie mittels digitaler Lumineszenzradiographie (DLR) zur Diagnostik von venos induzierten erektilen Dysfunktionen und von Schwellkörpererkrankungen*. In: Urologe A, 30 (1). S. 67-69.
- Papadopoulos, I. u. a.** (1990): *Der Priapismus nach intracavernoser Injektion vasoaktiver Substanzen als urologischer Notfall*. In: Z Urol Nephrol, 83 (5). S. 233-237.
- Pfeiffer, G. & Terhorst, B.** (1988): *Chirurgische Therapie bei erektiler Impotenz vaskularer-venöser Genese*. In: Urologe A, 27 (3). S. 139-141.
- Pittler, M. H.** (1998): *Yohimbin zur Therapie der erektilen Dysfunktion*. In: Fortschr Med, 116 (1-2). S. 32-33.
- Porst, H.** (1988): *Stellenwert von Prostaglandin E1 (PGE1) in der Diagnostik der erektilen Dysfunktion (ED) im Vergleich zu Papaverin und Papaverin/Phentolamin bei 61 Patienten mit ED*. In: Urologe A, 27 (1). S. 22-26.
- Porst, H.** (1989): *Prostaglandin E1 bei erektiler Dysfunktion*. In: Urologe A, 28 (2). S. 94-98.
- Porst, H.** (1990): *Pharmakoangiographie und Pharmakoangiodynographie des Penis bei erektiler Dysfunktion*. In: Urologe A, 29 (3). S. 120-125.
- Porst, H.** (1993): *Nitroglycerin-Salbe bei erektiler Impotenz?* In: Dtsch Med Wochenschr, 118 (6). S. 203.
- Porst, H.** (1993): *Die Duplexsonographie des Penis. Wertigkeit eines neuen Diagnostikums anhand von über 1000 Patienten*. In: Urologe A, 32 (3). S. 242-249.

- Porst, H.** (1998): *Transurethrale Alprostadilapplikation mit MUSE ("medicated urethral system for erection")*. Aktuelle Übersicht und eigene Erfahrungen. In: Urologe A, 37 (4). S. 410-416.
- Porst, H.** (2001): *Bald gibt es Potenzpillen für jeden Bedarf. Was taugen die neuen Viagra-Konkurrenten?* In: MMW Fortschr Med, 143 (25). S. 14.
- Porst, H. u. a.** (1984): *Erektions- und Ejakulationsstörungen nach retroperitonealer Lymphadenektomie (RLA) beim nicht seminomatösen Hodentumor*. In: Urologe A, 23 (6). S. 324-328.
- Porst, H. u. a.** (1983): *Diagnostik und Therapiemöglichkeiten der vaskulären erektilen Impotenz*. In: Urol Int, 38 (1). S. 5-11.
- Porst, H. & Ebeling, L.** (1989): *Erektile Dysfunktion. Übersicht und aktueller Stand von Diagnostik und Therapie*. In: Fortschr Med, 107 (3). S. 44, 47-50, 53, 88-92, 93.
- Porst, H. u. a.** (1984): *Penile Revaskularisationschirurgie bei vaskulärer Impotenz*. In: Urologe A, 23 (5). S. 258-266.
- Porst, H. & van Ahlen, H.** (1987): *Dynamische Cavernosographie und Schwellkörper-Pharmakontestung in der Diagnostik der erektilen Dysfunktion*. In: Urologe A, 26 (3). S. 152-157.
- Porst, H. u. a.** (1988): *Vergleich von Papaverin-induzierter Doppler-Sonographie und Angiographie in der Diagnostik der erektilen Dysfunktion*. In: Urologe A, 27 (1). S. 8-13.
- Porst, H. u. a.** (1986): *Dynamische Kaverosographie. Radiologische Diagnostik von venos induzierten Erektionsstörungen und von Schwellkörpererkrankungen*. In: ROFO Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed, 145 (1). S. 80-87.
- Porst, H. u. a.** (1987): *Ätiologie und Therapiemöglichkeiten der posttraumatischen erektilen Impotenz*. In: Aktuelle Traumatol, 17 (5). S. 196-203.
- Przybilla, B. & Schill, W. B.** (1985): *Arzneimittel-Nebenwirkungen auf die Potentia coeundi des Mannes*. In: Z Hautkr, 60 (14). S. 1105-1108, 1113-1104, 1119-1122.
- Rambach, H. u. a.** (1981): *Praktische Erfahrungen bei der Verhaltenstherapie der Sexualstörungen*. In: Z Arztl Fortbild (Jena), 75 (2). S. 58-61.
- Rassler, J. u. a.** (1988): *Priapismus--die erektile Potenz nach konservativer und operativer Behandlung*. In: Z Gesamte Inn Med, 43 (19). S. 547-550.
- Rautenstrauch, J.** (2001): *Wege zur sexuellen Zufriedenheit. Was bringt den müden Mann auf die Sprünge?* In: MMW Fortschr Med, 143 (3). S. 4-6.
- Reichel, G.** (1987): *Vegetative Symptome bei diabetischen Polyneuropathien*. In: Fortschr Neurol Psychiatr, 55 (4). S. 107-129.
- Reiter, W. J. & Pycha, A.** (1999): *Plazebokontrollierte DHEA-Substitution beim älteren Mann*. In: Gynakol Geburtshilfliche Rundsch, 39 (4). S. 208-209.
- Rentrop, E.** (1984): *Zur Psychodynamik des Wunsches nach der Penisprothese*. In: Z Psychosom Med Psychoanal, 30 (4). S. 386-393.
- Rieger, H. u. a.** (1993): *Ergebnisse der dorsalen Beckenringstabilisierung*. In: Unfallchirurg,

96 (7). S. 363-366.

Robbeling, G. & Clement, U. (1983): *Sexualberatung in der klinisch-psychologischen Praxis*. In: Psychiatr Prax, 10 (5). S. 153-157.

Rolf, C. & Nieschlag, E. (1998): *Sildenafil (Viagra) bei erektiler Dysfunktion. Effektive Behandlung mit beachtenswerten Wechselwirkungen*. In: Dtsch Med Wochenschr, 123 (45). S. 1356-1361.

Rosenkranz, S. & Erdmann, E. (2001): *Wechselwirkungen zwischen Sildenafil und Antihypertensiva - Was ist gesichert?* In: Dtsch Med Wochenschr, 126 (41). S. 1144-1149.

Scheele, J. & Marz, D. (1981): *Potenzstörungen nach aortobifemoralem Prothesen-Bypass*. In: Chirurg, 52 (3). S. 168-173.

Schild, H. & Muller, S. C. (1991): *Erektile Dysfunktion: Prinzipien der radiologischen Abklärung und Therapie*. In: Aktuelle Radiol, 1 (1). S. 34-39.

Schild, H. u. a. (1989): *Transpenile Venenokklusion zur Therapie der erektilen Impotenz*. In: Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahren, 151 (4). S. 470-472.

Schild, H. H. u. a. (1993): *Penile Abflussvenenokklusion: Vergleich von erektiler Funktion und Kaverosometrie vor und nach perkutanen Eingriffen*. In: Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahren, 158 (1). S. 59-61.

Schild, H. H. u. a. (1993): *Retrograde Venenokklusion--Zur Therapie der venogenen Impotenz*. In: Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahren, 158 (3). S. 238-241.

Schill, W. B. & Przybilla, B. (1983): *Arzneimittelnebenwirkungen auf Sexualverhalten und Fertilität des Mannes*. In: Internist (Berl), 24 (6). S. 346-355.

Schilling, A. & Rattenhuber, U. (1980): *Erektile Impotenz Organische Ursachen und Diagnostik*. In: Fortschr Med, 98 (43). S. 1690-1696.

Schilling, E. & Loth, N. A. (1980): *Psychisch bedingte Potenzstörungen Psychologische Diagnose und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten*. In: Fortschr Med, 98 (44). S. 1748-1751.

Schirren, C. (1981): *Hodenatrophie nach Leistenbruch-Operation. Fragen der andrologischen Begutachtung im Zusammenhang mit der ärztlichen Aufklärungspflicht über das Risiko von Operations-Folgen*. In: Andrologia, 13 (1). S. 8-15.

Schirren, C. (1993): *Das ärztliche Gespräch--Kernstück der andrologischen Untersuchung*. In: Fortschr Med, 111 (26). S. 401-403.

Schmid, H. P. (1992): *Das Prostatakarzinom--eine aktuelle Übersicht*. In: Schweiz Rundsch Med Prax, 81 (20). S. 647-653.

Schmidt, F. (1986): *Rauchen schädigt die männliche Zeugungsfähigkeit*. In: Andrologia, 18 (5). S. 445-454.

Schmidt, K. (2000): *Vorsicht: Fachärzte auf Männerjagd. Nicht erst zum Hausarzt, sondern gleich zum Urologen!* In: MMW Fortschr Med, 142 (6). S. 56-57.

Schneider, A. W. u. a. (1989): *Der papaverin-induzierte Priapismus. Erfahrungen mit einem neuen urologischen Notfall*. In: Dtsch Med Wochenschr, 114 (6). S. 214-217.

- Schneider, T. u. a.** (2001): *Urethrotomia interna nach Sachse. Ist die erektile Dysfunktion eine mögliche Komplikation?* In: Urologe A, 40 (1). S. 38-41.
- Schneidrzik, W. E.** (1983): *Sag, wo sind die Männer hin?* In: MMW Munch Med Wochenschr, 125 (48). S. suppl 110-111.
- Schnyder von Wartensee, M. u. a.** (1988): *Therapie der erektilen Dysfunktion mit Papaverin--2 1/2 Jahre Erfahrung.* In: Schweiz Med Wochenschr, 118 (30). S. 1099-1103.
- Schnyder von Wartensee, M. u. a.** (1989): *Impotenzbehandlung mit intrakavernösen Papaverininjektionen.* In: Helv Chir Acta, 56 (3). S. 383-386.
- Schnyder von Wartensee, M. & Studer, U. E.** (1986): *Abklärung und Therapie der erektilen Impotenz unter besonderer Berücksichtigung des Papaverins.* In: Schweiz Med Wochenschr, 116 (30). S. 994-999.
- Schnyder von Wartensee, M. & Studer, U. E.** (1988): *Chirurgische Therapie der vaskulären Impotenz.* In: Schweiz Med Wochenschr, 118 (35). S. 1237-1241.
- Schrader, M. u. a.** (2000): *Revaskularisation der Corpora cavernosa bei arteriell bedingter erektiler Dysfunktion.* In: Zentralbl Chir, 125 (1). S. 68-73.
- Schramek, P.** (2001): *Die erektile Dysfunktion.* In: Wien Med Wochenschr, 151 (18-20). S. 439-443.
- Schramek, P. u. a.** (1988): *Erektile Potenzstörung bei Diabetes mellitus.* In: Wien Klin Wochenschr, 100 (13). S. 460-463.
- Schreiber, G. u. a.** (1983): *Prolaktin und männliche Fertilität.* In: Z Gesamte Inn Med, 38 (5). S. 143-149.
- Schreiber, G. u. a.** (1985): *Ergebnisse der quantitativen testicular imprint cytology.* In: Dermatol Monatsschr, 171 (3). S. 172-179.
- Schreiber, G. & Thiele, J. J.** (2001): *Substitution von Dehydroepiandrosteron (DHEA) bei Klimakterium virile?* In: Hautarzt, 52 (5). S. 449-450.
- Schreiter, F.** (1991): *Chirurgische Therapie der Penisschaftverkrümmung bei kongenitaler Penisdeviation und Induratio penis plastica.* In: Helv Chir Acta, 58 (3). S. 243-256.
- Schrey, A.** (1990): *Prostaglandin-E1-Injektion bei erektiler Dysfunktion. Neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten.* In: Fortschr Med, 108 (30). S. 577-580.
- Schroeder Printzen, I. u. a.** (1994): *Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion: eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung?* In: Urologe A, 33 (3). S. 252-256.
- Schubert, J. u. a.** (1989): *Der Einfluss plastischer Korrekturmaßnahmen bei Hypospadias penis auf das Sexualverhalten im fertilen Lebensalter.* In: Z Urol Nephrol, 82 (3). S. 121-125.
- Schultheiss, D. u. a.** (1997): *Pharmakologische Therapie der erektilen Dysfunktion--Aktuelle Standards und neue Gesichtspunkte.* In: Wien Med Wochenschr, 147 (4-5). S. 102-104.
- Schultheiss, D. u. a.** (1997): *Dorsale Penisvenenligatur (DPVL)-Prognostische Faktoren und Langzeitresultate.* In: Urologe A, 36 (4). S. 351-355.

- Schwarzer, J. U. u. a.** (1991): *Eitrige Kavernitis als SKAT-Komplikation*. In: Urologe A, 30 (1). S. 70-71.
- Schweiger, H. u. a.** (1984): *Potenzstörungen vor und nach Beckenarterienrekonstruktion: Objektivierung durch Messung des Penisarteriendrucks*. In: Chirurg, 55 (2). S. 95-99.
- Sehrt, U.** (1982): *Etwas Sex hat jeder*. In: MMW Munch Med Wochenschr, 124 (14). S. 60-61.
- Seikowski, K.** (1997): *Psychologische Aspekte der erektilen Dysfunktion*. In: Wien Med Wochenschr, 147 (4-5). S. 105-108.
- Sieber, A. u. a.** (1992): *Schwellkörper--Autoinjektionstherapie (= SKAT) bei Impotenz*. In: Ther Umsch, 49 (1). S. 49-55.
- Sohn, M. u. a.** (1989): *Mikrochirurgische Therapie der erektilen Impotenz*. In: Dtsch Med Wochenschr, 114 (44). S. 1687-1691.
- Sohn, M. u. a.** (1988): *Differenzierte mikrochirurgische Therapie bei vaskulär bedingter erektiler Impotenz*. In: Urologe A, 27 (3). S. 164-172.
- Sohn, M. u. a.** (1996): *Stellenwert der Aufzeichnung nächtlicher REM-Phasen-gekoppelter Erektionen in der Diagnostik der erektilen Impotenz*. In: Wien Med Wochenschr, 146 (13-14). S. 389-390.
- Sommer, F. u. a.** (2001): *Veränderungen der penilen Durchblutung beim Radsport--wie verhindert man eine Minderdurchblutung?* In: Dtsch Med Wochenschr, 126 (34-35). S. 939-943.
- Sommerkamp, H.** (1984): *Urologie*. In: Langenbecks Arch Chir, 364. S. 259-262.
- Spengler, A.** (1980): *Penisprothesen. Erste Erfahrungen aus psychiatrischer Sicht*. In: MMW Munch Med Wochenschr, 122 (15). S. 560-562.
- Spengler, A.** (1988): *Psychische und sexuelle Störungen nach Genitaloperationen in der Urologie*. In: Wien Med Wochenschr, 138 (4). S. 81-85.
- Sperling, H. u. a.** (1999): *Sekundäre erektile Dysfunktion. Ist eine orale Medikation in der diagnostischen Phase indiziert?* In: Urologe A, 38 (1). S. 56-59.
- Sperling, H. & Michel, M. C.** (1999): *Sildenafil*. In: Dtsch Med Wochenschr, 124 (6). S. 151-153.
- Sperling, H. u. a.** (1999): *Sildenafil (Viagra). Vertraglichkeit, Kontraindikationen, Arzneimittelinteraktionen*. In: Urologe A, 38 (2). S. 124-127.
- Stackl, W.** (1994): *Urologische Raucherschaden: Impotenz, Fertilitätsstörungen, Blasenkarzinom*. In: Wien Med Wochenschr, 144 (22-23). S. 550-551.
- Steffens, J. u. a.** (1988): *Ergebnisse und Akzeptanz der Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT) bei organischer erektiler Dysfunktion*. In: Urologe A, 27 (1). S. 14-16.
- Stelzner, F.** (1990): *Komplexe Traumen des Perineums, speziell des anorectalen Kontinenzorgans. Erfahrungen und Ergebnisse bei 27 Patienten von 1956-1988*. In: Langenbecks Arch Chir, 375 (1). S. 55-63.

- Stelzner, F. u. a.** (1989): *Die chirurgische Anatomie der Genitalnerven des Mannes und ihre Schonung bei der Excision des Rectums.* In: Chirurg, 60 (4). S. 228-234.
- Stelzner, F. & Stark, G. B.** (1990): *Darf die Arteria iliaca interna in situ zur Blutstillung im Beckenbereich doppelseitig unterbunden werden? Indikation und Gegenindikation.* In: Langenbecks Arch Chir, 375 (2). S. 87-94.
- Stief, C. G.** (1993): *Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion.* In: Internist (Berl), 34 (8). S. 767-774.
- Stief, C. G. u. a.** (1986): *Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (SKAT): erste Erfahrungen bei erektiler Dysfunktion.* In: Urologe A, 25 (1). S. 63-66.
- Stief, C. G. u. a.** (1986): *Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie (SKAT)--Ein neues Konzept zur Behandlung der erektilen Dysfunktion.* In: Med Klin, 81 (11). S. 375-379.
- Stief, C. G. u. a.** (1989): *Die Diagnose des venösen Lecks als Ursache von Erektionsstörungen. Experimentelle Grundlagen und praktische Schlussfolgerungen.* In: Urologe A, 28 (3). S. 172-176.
- Stief, C. G. u. a.** (1986): *Metaminol--ein Antidot bei SKAT-bedingter prolongierter Erektion.* In: Urologe A, 25 (3). S. 164-165.
- Stief, C. G. & Junemann, K. P.** (1998): *Erektile Dysfunktion.* In: Urologe A, 37 (5). S. 486.
- Stief, C. G. u. a.** (1987): *Die venose Insuffizienz der Corpora cavernosa als (Mit-)Ursache der erektilen Dysfunktion.* In: Urologe A, 26 (2). S. 83-87.
- Stief, C. G. u. a.** (1987): *2 Jahre Erfahrungen mit der Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie (SKAT).* In: Urologe A, 26 (5). S. 294-296.
- Stief, C. G. u. a.** (1996): *Funktionelle Elektromyostimulation des Corpus cavernosum penis (FEMCC). Erste Ergebnisse einer neuen therapeutischen Option bei erektiler Dysfunktion.* In: Urologe A, 35 (4). S. 321-325.
- Stiefelhagen, P.** (2001): *Wenn die Seele beim Sex stört. Freudlos im Bett.* In: MMW Fortschr Med, 143 (13). S. 4-6.
- Strauss, B. u. a.** (1988): *Arzneimittelbedingte Hemmungen sexueller Funktionen. Ärztebefragung zur Häufigkeit geausserter sexueller Beeinträchtigungen unter Antihypertensiva und Ulkusmedikamenten.* In: Fortschr Med, 106 (4). S. 61-63.
- Stremmel, W.** (1996): *Aktuelle Diagnostik: hereditäre Stoffwechselerkrankungen der Leber (primäre Hamochromatose, Morbus Wilson).* In: Schweiz Rundsch Med Prax, 85 (47). S. 1513-1517.
- Sulke, J. & Schroer, B.** (1989): *Schwellkörper-Autoinjektionstherapie. Potenz um jeden Preis?* In: Dtsch Med Wochenschr, 114 (6). S. 231-234.
- Suter, S.** (1998): *Impotenz: Abklärung und Behandlung beim Hausarzt--was ist sinnvoll?* In: Ther Umsch, 55 (6). S. 357-360.
- Suter, S. & John, H.** (1998): *Die nächtliche Tumescenzmessung--Stellenwert in der Impotenzabklärung.* In: Ther Umsch, 55 (6). S. 361-364.

- Szarvas, F.** (1983): *Andrologische Anomalien bei einigen gastroenterologischen Krankheiten.* In: Z Gesamte Inn Med, 38 (15). S. 429-431.
- Tackmann, W. & Porst, H.** (1986): *Der Bulbokavernosusreflex bei Kontrollen und Patienten mit Potenzstörungen.* In: EEG EMG Z Elektroenzephalogr Elektromyogr Verwandte Geb, 17 (3). S. 147-152.
- Tackmann, W. & Porst, H.** (1987): *Diagnostik neurogener Potenzstörungen mit Hilfe des Bulbocavernosusreflexes und somatosensorisch evozierter Potentiale nach Stimulation des Nervus pudendus.* In: Nervenarzt, 58 (5). S. 292-299.
- Thetter, O. u. a.** (1984): *Sexualfunktion nach gefäßchirurgischen Eingriffen im aorto-iliacalen Bereich--Ursachen und Vermeidung von Potenzstörungen.* In: Langenbecks Arch Chir, 362 (3). S. 205-219.
- Thiel, W. u. a.** (1981): *Hodenbiopsische Untersuchungen bei männlichen Diabetikern.* In: Z Gesamte Inn Med, 36 (23). S. 917-920.
- Thiel, W. & Schreiber, G.** (1981): *Potenzstörungen beim männlichen Diabetiker.* In: Z Arztl Fortbild (Jena), 75 (9). S. 430-433.
- Thielemann Jonen, I.** (1982): *Probleme nach chirurgischen Eingriffen am Dickdarm.* In: Leber Magen Darm, 12 (2). S. 64-73.
- Thon, W. F. & Hartmann, U.** (1993): *Effektivität und Sicherheit der Schwellkörper-Autoinjektionstherapie mit Papaverin/Phentolamin. Studiengruppe.* In: Urologe A, 32 (6). S. 466-469.
- Thon, W. F. u. a.** (1989): *Erektile Impotenz. Diagnostik und Therapie.* In: Med Monatsschr Pharm, 12 (10). S. 302-305.
- Torok, A. u. a.** (1989): *Zur chirurgischen Behandlung der venös bedingten erektilen Impotenz des Mannes.* In: Z Urol Nephrol, 82 (1). S. 39-44.
- Trummer, H.** (2000): *Orale Therapie der erektilen Dysfunktion.* In: Wien Med Wochenschr, 150 (1-2). S. 11-13.
- Tscholl, R.** (1989): *Check-up--urologische Sicht.* In: Ther Umsch, 46 (6). S. 378-383.
- Ullrich, T. & Haen, E.** (1999): *Sildenafil (Viagra). Wirkstoffeigenschaften, Indikationen, rechtliche Problematik.* In: Med Monatsschr Pharm, 22 (8). S. 233-245.
- van Ahlen, H. u. a.** (1988): *Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Gonadenachse und erektile Impotenz.* In: Dtsch Med Wochenschr, 113 (26). S. 1047-1052.
- Vauth, R. u. a.** (2001): *Kassenärztliche Verordnung von Sildenafil. Welche sexualmedizinische Basisqualifikation ist zu fordern?* In: Fortschr Med, 118 (4). S. 173-179.
- Veltman, G.** (1980): *Klinische Befund und arbeitsmedizinische Aspekte der vinylchlorid-Krankheit.* In: Dermatol Monatsschr, 166 (11). S. 705-712.
- Veltman, G.** (1980): *Klinische Befund und arbeitsmedizinische Aspekte der vinylchlorid-Krankheit.* In: Dermatol Monatsschr, 166 (11). S. 705-712.
- Vogel, H. u. a.** (1983): *Kavernosographie.* In: ROFO Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed, 138 (4). S. 482-486.

- Vogt, H. J.** (1980): *Organisch bedingte Potenzstörungen*. In: MMW Munch Med Wochenschr, 122 (15). S. 543-548.
- Vogt, H. J.** (1983): *Störungen der Potentia coeundi*. In: Andrologia, 15 (6). S. 713-716.
- Vogt, H. J.** (1998): *Eigentliche Ejakulationsstörungen sind selten*. In: Fortschr Med, 116 (26). S. 32-33.
- von Werder, K.** (1988): *Sexuelle Funktionsstörungen durch Arzneimittel*. In: Fortschr Med, 106 (16). S. 339-341.
- Wagenknecht, L. V.** (1980): *Penisprothesen bei erektiler Impotenz*. In: Andrologia, 12 (4). S. 307-316.
- Wagenknecht, L. V.** (1982): *Andrologische Urologie*. In: Z Urol Nephrol, 75 (3). S. 197-203.
- Wagenknecht, L. V. u. a.** (1982): *Wertigkeit verschiedener Therapieverfahren bei Induratio penis plastica*. In: Urol Int, 37 (5). S. 335-348.
- Wagenknecht, L. V. u. a.** (1986): *Diagnostik und Therapie bei organischer Impotenz*. In: Dtsch Med Wochenschr, 111 (47). S. 1795-1799.
- Wagenknecht, L. V. u. a.** (1987): *Impotenz bei Diabetes mellitus. Ätiologische Faktoren und Behandlungsmöglichkeiten*. In: Andrologia, 19 Spec No. S. 302-308.
- Wechsel, H. W. u. a.** (1995): *Ergebnisse der Color-coded-duplex-Sonographie (Angiodynographie) nach intraurethraler Applikation von Pg E1 bei ED*. In: Urologe A, 34 (1). S. 46-48.
- Wehnert, J. u. a.** (1988): *Intracavernöse Injektion vasoaktiver Substanzen zur Behandlung der erektilen Dysfunktion*. In: Z Urol Nephrol, 81 (2). S. 73-78.
- Weidmann, P.** (1998): *Neues Prinzip zur Therapie der erektilen Dysfunktion: Sildenafil*. In: Ther Umsch, 55 (6). S. 384-388.
- Weidner, W.** (2000): *"Der alternde Mann"*. In: Urologe A, 39 (6). S. 576-577.
- Weidner, W. u. a.** (1989): *"Leakage"-Korrektur durch Resektion der Vena dorsalis penis profunda. Bestandsaufnahme nach 4 Jahren venöser Potenzchirurgie*. In: Urologe A, 28 (4). S. 217-222.
- Weidner, W. u. a.** (1992): *Sexuelle Differenzierungsstörungen aus andrologischer Sicht*. In: Urologe A, 31 (6). S. 322-327.
- Weig, W.** (2000): *Die Rolle von Psychiatrie und Psychotherapie in der Sexualmedizin nach der Markteinführung von Viagra*. In: Nervenarzt, 71 (3). S. 218-221.
- Weig, W.** (2002): *Zu R. Lehmann: Die Bewertung der erektilen Dysfunktion in der privaten Unfallversicherung*. In: Versicherungsmedizin, 54 (1). S. 39.
- Weiske, W. H.** (1987): *Neuere Aspekte der Andrologie*. In: Krankenpfl J, 25 (10). S. 123-126.
- Weiske, W. H.** (1989): *Drei Jahre Erfahrungen mit der Schwellkörperautoinjektionstherapie*. In: Urologe A, 28 (5). S. 253-256.

- Weiske, W. H.** (1990): *Pharmakokavernosometrie und Pharmakokavernosographie bei erektiler Dysfunktion*. In: Urologe A, 29 (3). S. 126-134.
- Weiske, W. H. u. a.** (1989): *Pharmakokavernosographie und Kavernosometrie mit einer neuen Rollenpumpe (AP 300 C)*. In: Urologe A, 28 (5). S. 258-259.
- Weissbach Rieger, A.** (1987): *Partnerbeziehung, Sexualität und Sexualverhalten bei älteren Frauen und Männern nach dem 55. Lebensjahr. II. Mitteilung: Partnerbeziehung, Sexualität und sexuelle Reaktion*. In: ZFA, 42 (4). S. 207-209.
- Werner, W. & Schubert, J.** (1993): *Die Therapie der erektilen Dysfunktion mittels der Schwellkörperautoinjektion (SKAT) und ihre derzeitige rechtliche Stellung*. In: Z Arztl Fortbild (Jena), 87 (2). S. 165-168.
- Wohlfarth, E.** (1990): *Zur Persistenz des Frenulum praeputii beim Eber*. In: Berl Munch Tierarztl Wochenschr, 103 (12). S. 406-409.
- Wonisch, M. & Klein, W.** (2000): *Sexuelle Dysfunktion als Arzneimittelnebenwirkung*. In: Wien Klin Wochenschr, 112 (23 Pt A). S. 22-24.
- Zeitler, E. & Ritter, W.** (1991): *Radiologische Diagnostik der erektilen Dysfunktion*. In: Bildgebung, 58 Suppl 1. S. 38-41.
- Zumbe, J. u. a.** (1988): *Die Revaskularisation des Penis bei der vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion: klinische Ergebnisse der Operationsmethode nach Hauri*. In: Urologe A, 27 (6). S. 336-339.
- Zwergel, U. u. a.** (1985): *Harnröhrenverletzungen--eine retrospektive Analyse der therapeutischen Möglichkeiten und der Spätmorbidität*. In: Z Urol Nephrol, 78 (8). S. 423-428.

Zuletzt erschienene WORKING PAPERS

- Martin Spielauer, Franz Schwarz, Kurt Schmid: **Education and the Importance of the First Educational Choice in the Context of the FAMSIM+ Family Microsimulation Model for Austria.** Nr. 15/2002
- Coomaren P. Vencatasawmy: **Modelling Fertility in a Life Course Context: Some Issues.** Nr. 16/2002
- Norbert Neuwirth: **Labor Supply of the Family – an Optimizing Behavior Approach to Microsimulation.** Nr. 17/2002
- Martin Spielauer: **The Potential of Dynamic Microsimulation in Family Studies: A Review and Some Lessons for FAMSIM+.** Nr. 18/2002
- Sabine Buchebner-Ferstl: **Die Partnerschaft als Ressource bei kritischen Lebensereignissen am Beispiel der Pensionierung.** Nr. 19/2002
- Sonja Dörfler, Karin Städtner: **European Family Policy Database – Draft Manual.** Nr. 20/2002
- Johannes Pflegerl: **Family and Migration. Research Developments in Europe: A General Overview.** Nr. 21/2002
- Sonja Dörfler: **Familienpolitische Maßnahmen zum Leistungsausgleich für Kinderbetreuung – ein Europavergleich.** Nr. 22/2002
- Franz Schwarz, Martin Spielauer, Karin Städtner: **Gender, Regional and Social Differences at the Transition from Lower to Upper Secondary Education. An Analysis in the Context of the FAMSIM+ Family Microsimulation Model for Austria.** Nr. 23/2002
- Veronika Pfeiffer-Gössweiner, Johannes Pflegerl: **Migration in the European Union: An Overview of EU Documents and Organisations Focusing on Migration.** Nr. 24/2002/E
- Karin Städtner: **Arbeitsmarktrelevante Konsequenzen der Inanspruchnahme von Elternkarenz.** Nr. 25/2002
- Franz Schwarz, Martin Spielauer: **The Composition of Couples According to Education and Age. An Analysis in the Context of the FAMSIM+ Family Microsimulation Model for Austria.** Nr. 26/2002
- Franz Schwarz, Martin Spielauer, Karin Städtner: **University Education. An Analysis in the Context of the FAMSIM+ Family Microsimulation Model for Austria.** Nr. 27/2002
- Sabine Buchebner-Ferstl: **Partnerverlust durch Tod. Eine Analyse der Situation nach der Verwitwung mit besonderer Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden.** Nr. 28/2002
- Karin Städtner, Martin Spielauer: **The Influence of Education on Quantum, Timing and Spacing of Births in Austria.** Nr. 29/2002
- Sonja Dörfler: **Familienpolitische Leistungen in ausgewählten europäischen Staaten außerhalb der Europäischen Union.** Nr. 30/2002
- Sonja Dörfler: **Nutzung und Auswirkungen von Arbeitsarrangements zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Erwerb.** Nr. 31/2003
- Franz Schwarz: **Sozio-ökonomische Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten in Österreich / Socioeconomic Inequalities in Health Behavior in Austria.** Nr. 32/2003
- Karin Städtner: **Female Employment Patterns around First Childbirth in Austria.** Nr. 33/2003

Alle zu beziehen bei: Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF)
Gonzagagasse 19/8, A-1010 Wien
Tel: +43-1-5351454-19
Fax: +43-1-535 14 55
E-Mail: edeltraud.puerk@oif.ac.at



Das Österreichische Institut für Familienforschung (ÖIF) ist ein unabhängiges, gemeinnütziges Institut zur interdisziplinären wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Erforschung und Darstellung der Vielfalt und Veränderungen familialer Lebenswelten aus Sicht von Kindern, Frauen und Männern.

Gedruckt mit Unterstützung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen sowie der Länder Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg und Wien.